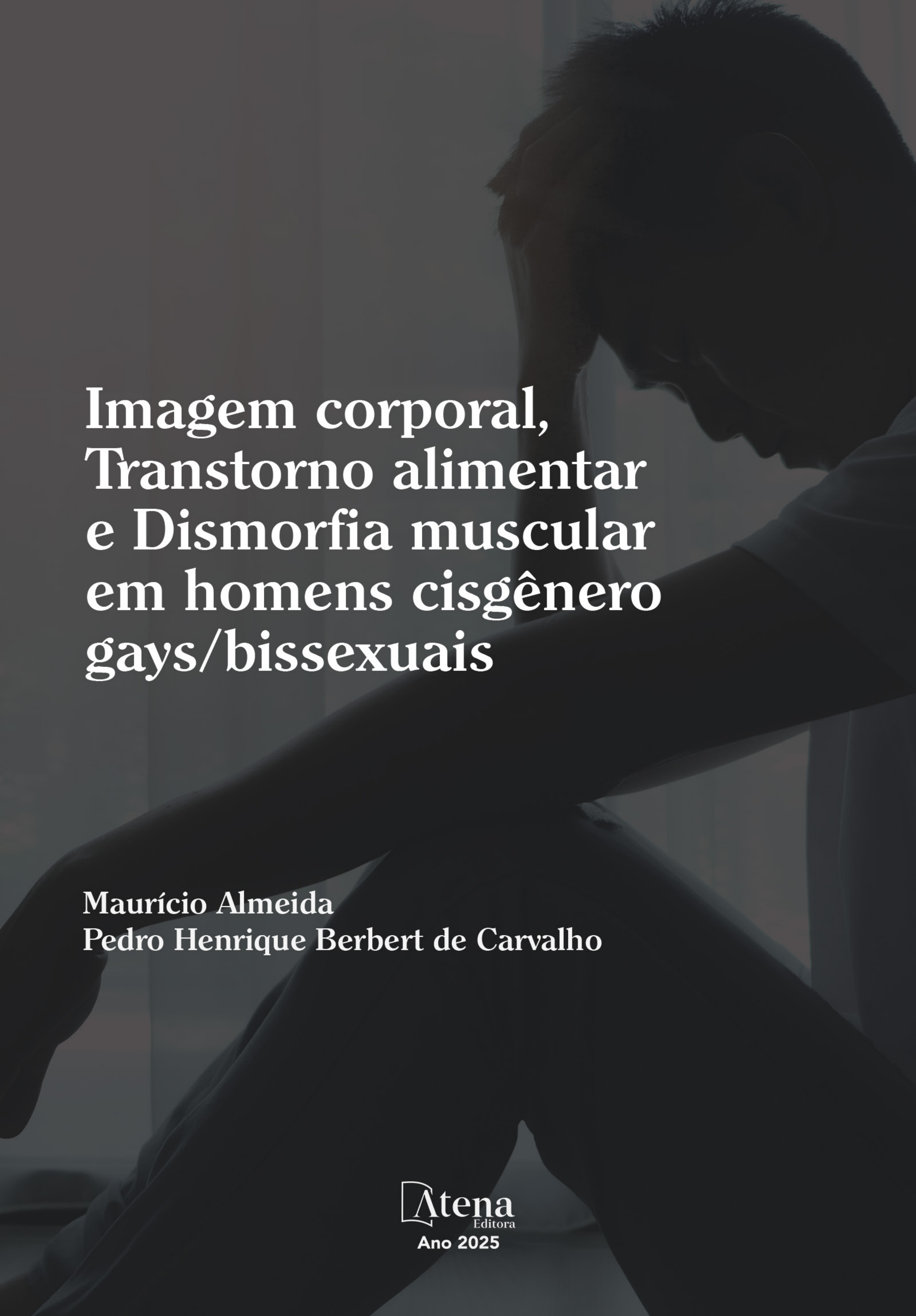
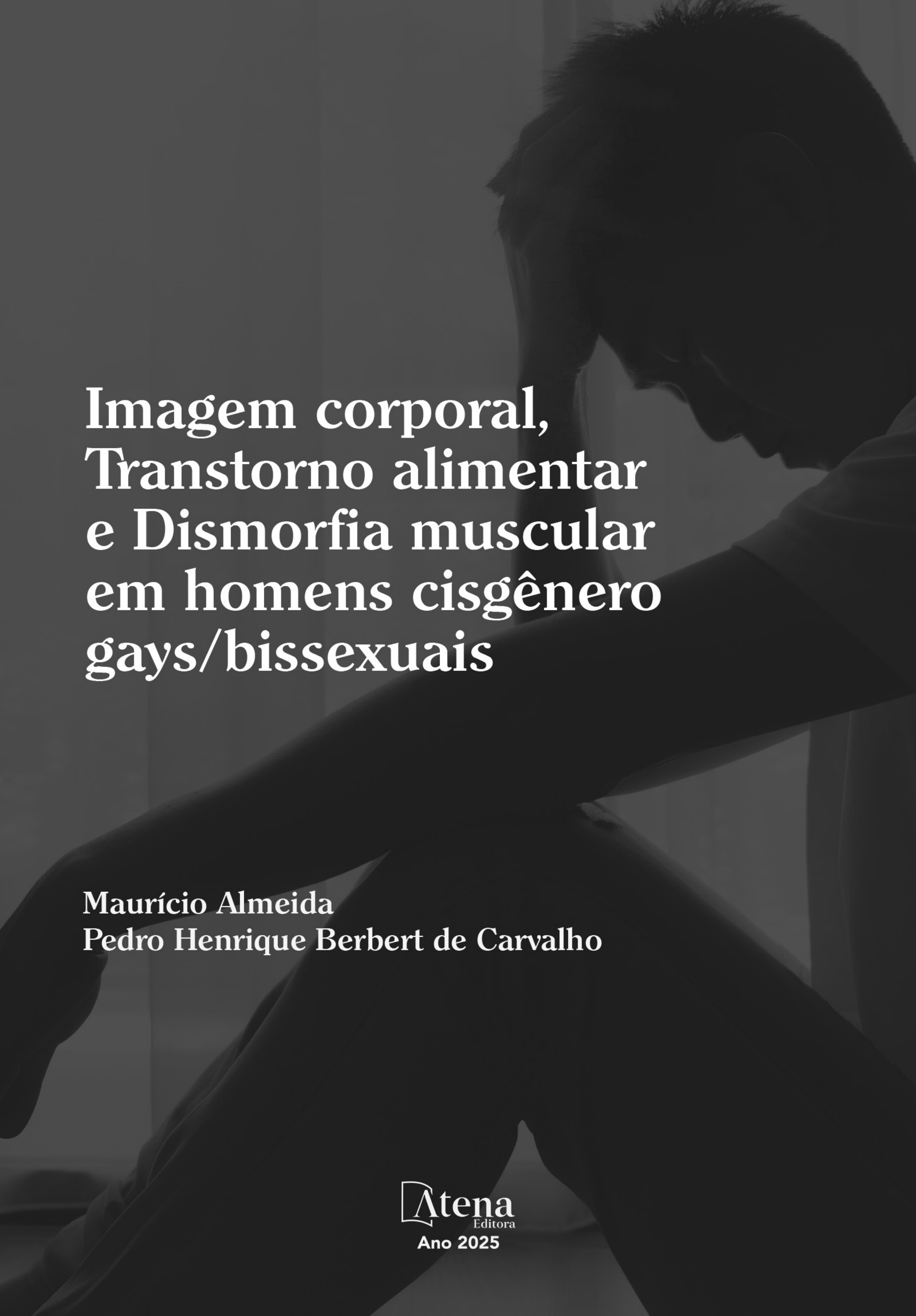


# Imagem corporal, Transtorno alimentar e Dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais

Maurício Almeida
Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Atena Editora
Ano 2025



# Imagem corporal, Transtorno alimentar e Dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais

Maurício Almeida
Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Atena Editora
Ano 2025

**Editora chefe**
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
**Editora executiva**
Natalia Oliveira
**Assistente editorial**
Flávia Roberta Barão
**Bibliotecária**
Janaina Ramos
**Projeto gráfico**
Luiza Alves Batista
Nataly Evilin Gayde
Thamires Camili Gayde
**Imagens da capa**
iStock
**Edição de arte**
Luiza Alves Batista

MULTIDISCIPLINAR

# Imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais

**Autores:** Maurício Almeida
Pedro Henrique Berbert de Carvalho
**Revisão:** Os autores
**Diagramação:** Camila Alves de Cremo
**Correção:** Yaiddy Paola Martinez
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

A447 Almeida, Maurício
Imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais / Maurício Almeida, Pedro Henrique Berbert de Carvalho. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-3344-6
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed. 446250304

1. Identidade de gênero. 2. Sexualidade. 3. LGBTQI+. 4. Orientação sexual. I. Almeida, Maurício. II. Carvalho, Pedro Henrique Berbert de. III. Título.

CDD 306.766

**Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

**Atena Editora**
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

MULTIDISCIPLINAR

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação da obra publicada, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

# DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho às nossas famílias, por serem nossa base e inspiração, e aos amigos, pelo apoio constante em cada etapa desta jornada. A todos vocês, nosso mais sincero agradecimento.

# AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, por nos guiar, fortalecer e iluminar em cada etapa deste trabalho. Sem Sua presença e graça, nada disso seria possível.

Às nossas famílias, pelo amor incondicional, pela compreensão em momentos de ausência e pelo suporte emocional, sempre nos encorajando a seguir em frente.

Aos colegas e amigos, por compartilharem ideias, incentivarem nossas conquistas e tornarem este percurso mais leve e significativo.

Por fim, somos gratos a todas as instituições e pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste projeto. A vocês, nosso muito obrigado.

# NOTA SOBRE A ORIGEM DO CONTEÚDO

Este livro é baseado na tese intitulada “Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular: um ensaio clínico controlado randomizado com homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais”, defendida em 2024 no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV). A tese encontra-se disponível no repositório institucional da UFJF, acessível pelo endereço eletrônico: https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/17631

A publicação deste livro tem como objetivo ampliar a visibilidade e o alcance do trabalho acadêmico, mantendo a forma e o conteúdo originais da seção do referencial teórico, conforme apresentado na defesa.

Agradecemos à UFJF pela oportunidade de desenvolver este trabalho acadêmico e pela disponibilização da tese no repositório institucional, promovendo a disseminação do conhecimento científico.

Este livro tem como objetivo explorar de forma abrangente os aspectos relacionados à imagem corporal, transtornos alimentares e dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais. Para isso, a obra foi estruturada em cinco capítulos, cada um abordando aspectos essenciais para uma compreensão profunda e integrada do tema.

No **primeiro capítulo**, é apresentada uma contextualização ampla sobre a sexualidade humana. São definidas terminologias fundamentais e discutidos os principais componentes dessa temática, como sexo biológico, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual.

O **segundo capítulo** aprofunda a discussão ao abordar a saúde da população LGBTQIAP+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e outras identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais). Esse capítulo destaca os desafios e especificidades vivenciados por esses grupos, com foco em uma abordagem inclusiva e informativa.

Os **terceiro**, **quarto** e **quinto** capítulos focam, respectivamente, na análise da imagem corporal, dos transtornos alimentares e da dismorfia muscular em homens gays/bissexuais. Cada capítulo aborda diferentes aspectos dessas temáticas, sempre considerando o contexto sociocultural que permeia a vivência desses indivíduos.

SUMÁRIO

# CAPÍTULO 1

# SEXUALIDADE HUMANA

**Maurício Almeida**

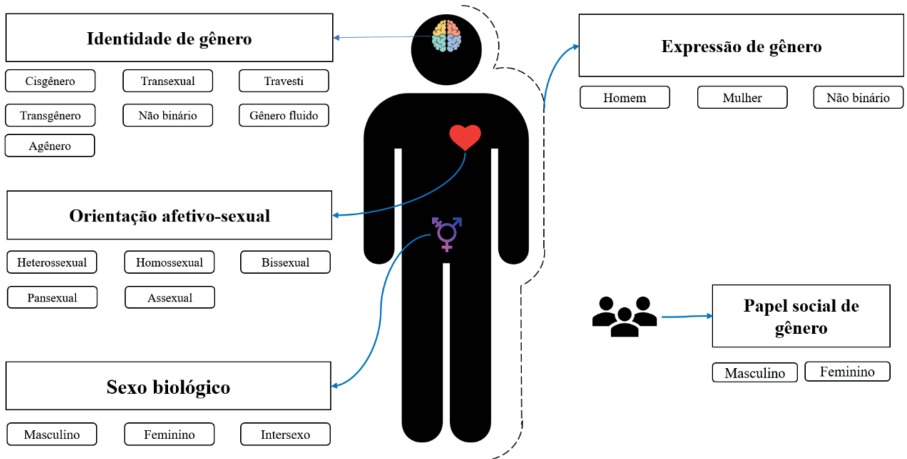
**Pedro Henrique Berbert de Carvalho**

A sexualidade apresenta-se como um construto lábil e multifacetado, sendo influenciado pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (Organização Mundial Da Saúde [OMS], 2006). É da natureza da sexualidade um dinamismo que é inerente a própria vida humana, estando sujeita a diversos usos, múltiplas e contraditórias interpretações, debates e disputas culturais, sociais e políticas (Oka; Laurenti, 2018; Rafart, 2020). Desse modo, o objetivo do presente capítulo é delinear uma compreensão ampla da sexualidade humana, em especial, apresentando e definindo neologismos e terminologias utilizados no estudo do tema. Destaca-se que, os conceitos, descrições e elementos aqui discutidos não podem ser compreendidos e analisados sobre um prisma definitivo e imutável, pois os elementos que constituem a sexualidade humana estão em constante movimento.

É notório que a sexualidade é um aspecto fulcral da vida dos seres humanos e compreende uma série de elementos que estão interligados, como, por exemplo, o sexo, as identidades, papéis e expressões de gênero, a orientação afetivo-sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a). Não obstante, pode ser vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, relacionamentos e relações de poder (OMS, 2006). Frente a essa complexidade, autores tem dividido a sexualidade humana em dimensões, o que facilita a apresentação didática desse construto (Figura 1) (Colling, 2018; Rafart, 2020; Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a). Embora divididas para fins

didáticos, essas dimensões são interligadas e apresentam uma relação de interdependência (Colling, 2018; Rafart, 2020; Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a).

Figura 1 – Representação das principais dimensões da sexualidade humana




Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

O primeiro conceito essencial para o entendimento da sexualidade é o "sexo", especificamente, o "sexo biológico". Popularmente, a palavra sexo, de modo isolado, tem sido utilizada para se referir as práticas sexuais[1]. Contudo, ao longo do presente trabalho, ela será utilizada para se referir ao sexo biológico, ou ao sexo atribuído no nascimento. Diversos autores apresentam uma conceituação em relação a esse vocábulo, fato é que, todos afirmam que o sexo está relacionado às características biológicas dos indivíduos, em especial, a constituição dos órgãos reprodutivos, programados e fixados em um corpo orgânico (Colling, 2018; Louro, 2014; Rafart, 2020; Schüler; Ferreira; Da Silva, 2021). Na espécie humana, alguns parâmetros têm sido utilizados para as definições de sexo, destacando-se os cromossomos, composição hormonal, órgãos genitais e as características sexuais secundárias (Schüler; Ferreira; Da Silva, 2021). Nesse contexto, uma pessoa do sexo masculino apresentaria cromossomos XY, níveis adequados de testosterona, pênis e testículos, distribuição de pelos e gorduras típico. Em contrapartida, as pessoas caracterizadas como do sexo feminino apresentariam cromossomos XX, níveis adequados de estrógeno e progesterona, útero e ovários, presença de mamas, pelos e gorduras típicos. Dessa forma, o neologismo "endossexo" tem sido utilizado para descrever pessoas que apresentam características anatômicas sexuais típicas de macho (masculino) ou fêmea (feminino).

1 Geralmente, as práticas sexuais se referem ao ato de transar, copular, procriar e ter prazer (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a).

Por outro lado, algumas pessoas podem desenvolver um estado biológico atípico, infrequente ou ambíguo relacionado às diferenças do desenvolvimento do sexo, nesse caso, atribui-se uma terceira classificação, nomeada de intersexo[2] (Stelet *et al.*, 2021). Sendo assim, não há de se falar em apenas um, mas sim em vários sexos[3]: cromossômico, genital, gonadal, fenotípico e cerebral (Schüler; Ferreira; Da Silva, 2021). Ressalta-se que, até o momento, não existem dispositivos jurídicos que tratem do reconhecimento das pessoas intersexo no contexto brasileiro (Dos Santos; Cardin, 2022).

As pessoas intersexo e endossexo podem desenvolver qualquer identidade de gênero e orientação afetivo-sexual, visto que, sexo e gênero não estão necessária e diretamente relacionados (Butler, 2014; 2018; 2019). Os comportamentos sexuais dos seres humanos nem sempre são aqueles esperados pela lógica biológica, uma vez que a sexualidade é um elemento complexo, abrangente e, às vezes, contraditório ao que se refere às atitudes e comportamentos afetivos, românticos e sexuais (Butler, 2014).

Entre as demais dimensões que compõem a sexualidade, o gênero associa-se a compreensão das estruturas e do funcionamento das relações de poder em uma sociedade, caracterizando-se como uma ferramenta analítica e política (Louro, 2014). Entretanto, conceituar esse vocábulo é uma tarefa difícil, pois é um termo ainda disputado pelas várias ciências, especialmente as ciências factuais naturais (por exemplo, biologia e anatomia) e sociais (por exemplo, antropologia, direito, política, psicologia e sociologia) (De Tilio, 2014). Buscando uma definição coerente com as múltiplas teorias que estudam o tema, a OMS evidencia que o gênero se refere às características socialmente construídas de homens e mulheres, o que inclui normas, comportamentos, papéis, identidades e expressões (OMS, 2023).

Geralmente, a sociedade determina o gênero das pessoas pelo sexo atribuído no momento do nascimento, o que tem sido descrito como "essencialismo biológico" (De Tilio, 2014). Nesse caso, o gênero passou a ser prioritariamente utilizado como uma categoria de análise das relações de poder na sociedade. Pois, de um lado, os aspectos biológicos e anatômicos determinam o sexo dos sujeitos; de outro, a cultura e a sociedade definem os "papeis sociais de gênero" esperados para homens e mulheres (De Tílio, 2014). Assim, se uma pessoa nasce homem (macho), espera-se que ela realize atividades tipicamente masculinas, como, por exemplo, praticar brincadeiras e esportes "de homem". Por outro lado, se uma pessoa nasce mulher (fêmea), espera-se que ela realize atividades tipicamente femininas, como, por exemplo, praticar brincadeiras e esportes "de mulher".

2 O termo "hermafrodita" é usado para outros animais que têm os dois tipos de aparelhos reprodutivos completos. Assim, esse vocábulo não descreve corretamente as características biológicas dos seres humanos. Portanto, o termo "hermafrodita" não deve ser utilizado para seres humanos, sendo considerado como um equívoco ou até mesmo uma ofensa (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a). Atualmente, o conjunto de variações relacionadas às pessoas intersexo tem sido descritas como "diversidade/diferenças no desenvolvimento do sexo" (Adam; Vilain, 2017).

3 Salienta-se que, ao se falar em sexo biológico na sociedade contemporânea, geralmente está se referindo ao sexo genital, ou seja, levando-se em consideração a genitália no momento do ultrassom ou do nascimento.

Nessa conjuntura, como o homem é biologicamente mais forte do que a mulher, ele poderia dominá-la, exercendo esse papel em espaços públicos e privados (Rafart, 2020). Por outro lado, à mulher caberia o papel de voltar-se ao mundo privado, ao mundo da reprodução, ao universo da subserviência, da afetividade e da submissão (Rafart, 2020). A perspectiva ideológica de papéis sociais de gênero, baseada no essencialismo biológico, está presente na sociedade há séculos, revelando um rígido binarismo: macho/homem ou fêmea/mulher. Essa concepção ideológica reforça a ideia de que homem e mulher deveriam ser heterossexuais, a fim de garantir a adequada reprodução da espécie, sendo as demais condutas consideradas desviantes e/ou patológicas (Rafart, 2020). Contudo, o essencialismo biológico tem recebido diversas críticas, pois não contempla nem mesmo as próprias diferenças no desenvolvimento do sexo, como é o caso das pessoas intersexo (Costa; Nardi, 2015).

Compreendendo as limitações dessa visão essencialmente biológica do gênero, autores têm buscado atribuir-lhe um caráter social (Butler, 2014; 2018; 2019; Louro, 2014). Nesse caso, a pretensão não é negar o fato de que o gênero se constitui em e sobre corpos sexuados, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatiza-se, de maneira veemente, a construção cultural, social e histórica produzida sobre as características biológicas (Butler, 2014; 2018; 2019; Louro, 2014). Desse modo, o gênero é visto como uma construção não natural, pois não há uma relação necessária sobre o corpo de alguém e o seu gênero (Butler, 2014). Portanto, as justificativas para as desigualdades de gênero não devem ser atribuídas às diferenças biológicas, mas sim, aos determinantes históricos, culturais, sociais e políticos que fundamentam a sociedade[4] (Louro, 2014).

É nesse contexto que a identidade de gênero tem sido descrita como a capacidade dos indivíduos de se reconhecerem como homem, mulher, algo entre essas definições ou fora dessa dualidade, o que inclui inúmeras possibilidades de subversão a lógica binária homem-mulher na prática da sexualidade (OMS, 2023). Dessa maneira, se a pessoa se identifica com o gênero que lhe foi designado em seu nascimento, ela é denominada cisgênero (Colling, 2018). Essa identificação envolve um sentimento interno de congruência entre seu corpo (morfológico) e o seu gênero, dentro de uma lógica onde o conjunto de performances é percebido como coerente (Butler, 2014). Assim, se uma pessoa nasce com o sexo masculino/feminino e se identifica como homem/mulher, no contexto da identidade de gênero, seria considerado(a) um(a) homem/mulher cisgênero.

Por outro lado, algumas pessoas não se identificam como cisgênero, de modo que, diversas expressões têm sido criadas e recriadas, com as quais as pessoas preferem ser identificadas em relação ao seu gênero. Destacam-se os seguintes neologismos: (a) transgênero - pessoa que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído ao nascer (sexo biológico); (b) transexual - pessoa que se identifica com um

4 Para uma visão detalhada acerca das perspectivas teóricas de estudo de gênero, sugere-se o trabalho de De Tílio (2014).

gênero diferente daquele que lhe foi atribuído ao nascer (sexo biológico) e que procura se adequar à sua identidade de gênero, utilizando recursos hormonais ou cirúrgicos; (c) travesti[5] - pessoa que foi designada homem no seu nascimento, mas se identifica como mulher, realizando variadas mudanças corporais (por exemplo, a realização de cirurgia plástica e/ou estética) e comportamentais (por exemplo, o uso de vestimentas específicas); (d) não binário - pessoa que não se identifica como pertencente aos gêneros binários (isto é, masculino e feminino); (e) gênero fluído - pessoa que transita entre uma identidade e outra ao longo do tempo; e (f) agênero - pessoa que não se identifica com gênero algum (Colling, 2018). Importa ressaltar que a identidade de gênero não implica em uma orientação afetivo-sexual específica (Butler, 2014).

Da mesma maneira que as pessoas podem apresentar diferentes identidades de gênero, inúmeras são as possibilidades de "expressão de gênero". Assim, a expressão de gênero pode ser descrita pela forma com que cada pessoa expressa publicamente seu gênero, incluindo a aparência física (por exemplo, roupas, estilo de cabelo, acessórios e cosméticos), maneirismos, fala e padrões comportamentais (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2022). Ademais, a escolha do nome e referência pessoal (por exemplo, apelidos) também são formas comuns de expressar a sua identidade de gênero (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a).

A orientação-afetivo sexual também adiciona importante explicação à sexualidade, sendo compreendida como a tendência persistente de sentir (ou não) atração sexual, fantasias, desejos, e a se relacionar sexualmente com determinada pessoa (Hercowitz; Vito Ciasca, Lopes Junior, 2021). O seu desenvolvimento está associado a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, sendo composta por três elementos, a saber, atração sexual, comportamento sexual e identidade sexual (Hercowitz; Vito Ciasca, Lopes Junior, 2021). A atração sexual refere-se à atração sexual e/ou romântica da pessoa e por qual gênero está orientada (quando esse está presente). O comportamento sexual refere-se às relações sexuais e relacionamentos afetivos estabelecidos e com qual gênero, independente da atração. Por fim, a identidade sexual refere-se a como a pessoa se identifica em relação à sua capacidade de sentir atração afetivo-sexual e seu histórico de comportamento afetivo-sexual. Salienta-se que a identidade sexual não é um elemento fixo, podendo variar ao longo da vida.

Para descrever a interação desses três elementos e as preferências de cada pessoa, algumas nomenclaturas têm sido utilizadas. Por exemplo, o termo heterossexual refere-se a uma pessoa que sente atração por um sexo/gênero diferente[6] do seu (NASEM, 2022). Por outro lado, homossexual é aquela pessoa que sente atração por outra do mesmo sexo/gênero (NASEM, 2022). A bissexualidade refere-se às pessoas que sentem

5 A palavra "travesti" é utilizada em países latino-americanos, de modo que, não apresenta traduções para outros idiomas (Colling, 2018).

6 A palavra "diferente" deve ser preferível para caracterizar a orientação afetivo-sexual, evitando-se o termo "oposto", visto que o gênero não é uma construção necessariamente binária.

atração por pessoas do mesmo sexo/gênero, ou por pessoas com o sexo/gênero diferente ao seu próprio (NASEM, 2022). A bissexualidade é uma categoria muito confundida com a pansexualidade, mas elas não são a mesma coisa. A palavra pansexual deriva do prefixo grego "pan", que significa "tudo". Assim, pansexuais são pessoas que sentem atração por outras pessoas independente do sexo/gênero (NASEM, 2022). Assexuais são pessoas que estão em um espectro de sentirem pouca ou nenhuma atração/desejo sexual por pessoas, embora possam apresentar respostas a estímulos sexuais[7] (NASEM, 2022). Nesse caso, a ausência de atração/desejo sexual pode, ou não, vir acompanhada de um desinteresse afetivo/amoroso (Colling, 2018).

Nos últimos anos, com a maior divulgação dos estudos e perspectivas *queer*, as pessoas têm se apropriado desse neologismo integrando-o ao contexto da orientação afetivo-sexual; contudo, essa palavra também está associada ao sexo e a identidade de gênero. O termo *queer* pode ser utilizado para identificar pessoas que se imponham de maneira diversa às normas de gênero socialmente construídas, ou seja, com a ideia de que o padrão endossexo, cisgênero e heteronormativo seja o único correto, saudável e possível (Butler, 2014; 2018). Assim, esse modelo tem como um de seus objetivos normatizar as relações sexuais, desconstruindo o argumento de que a sexualidade segue um curso natural (Butler, 2014; 2018). Para um aprofundamento teórico acerca da teoria *queer* sugerem-se os trabalhos de Judith Butler, apontada como uma das percussoras dos estudos *queer* (Butler, 2014; 2018; 2019).

Diante das várias nomenclaturas para descrição do sexo, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual, a sigla LGBTQIAP+[8] tem sido utilizada para representar a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e outras identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais que não se encaixam no "padrão hetero-cis-normativo" – ideia e/ou crença de que apenas as manifestações, atitudes e comportamentos cisgênero e heterossexuais são socialmente normais e/ou corretos, ou seja, o padrão cisgênero e heterossexual são colocados como normas sociais. O principal problema associado a esse padrão é que ele impõe normas rígidas em relação à manifestação da sexualidade, de modo que, todo pensamento, atitude e/ou comportamento que se afasta do padrão cisgênero e heterossexual é descrito como desviante, anormal e/ou patológico (Butler, 2014).

Na atualidade, a população LGBTQIAP+ continua sofrendo com o preconceito, a discriminação e o estigma em diversas esferas sociais (Acontece Arte e Política LGBTI+; Associação Nacional de Travestis e Transexuais [ANTRA]; Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos [ABGLT], 2023; 2024;

7 A concepção de atração sexual como capacidade tem recebido algumas críticas, pois pessoas assexuais poderiam ser consideradas pessoas com deficiência, visto que não teriam atração/capacidade por outras pessoas.

8 As siglas associadas as minorias sexuais e de gênero tem mudado ao longo do tempo, como, por exemplo: GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) e LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais e outros). No presente estudo, optou-se por utilizar a sigla LGBTQIAP+ por seu reconhecimento no contexto nacional, internacional e por sua representatividade.

Benevides, 2024). Os pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos negativos, discriminatórios e preconceituosos em relação às minorias sexuais e de gênero têm sido descritos como: “LGBTfobia”, “LGBTQIA+fobia” e “LGBTQIAP+fobia”. Também têm sido utilizados os termos “homofobia” e “transfobia” para descrever esses eventos em homens não-heterossexuais e transexuais, respectivamente.

Segundo as associações “Acontece Arte e Política LGBTI+”, ANTRA e ABGLT a LGBTQIAP+fobia é uma realidade na sociedade brasileira (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024). Em um documento organizado por tais órgãos, nomeado de “Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023”, foi evidenciado que entre os anos de 2000 e 2023, 5.865 (cinco mil, oitocentos e sessenta e cinco) pessoas, pertencentes a população LGBTQIAP+ foram mortas por crimes de ódio (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024). No ano de 2023, foi registrado um total de 230 mortes, sendo: 142 travestis e/ou mulheres transexuais (61,74%), 59 homens gays (25,65%), 13 homens trans e pessoa transmasculina (5,65%), sete mulheres lésbicas (3,04%), uma pessoa não-binária (0,43%) e oito pessoa de outros segmentos[9] (3,48%) (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024).

O contexto de discriminação, preconceito, estigma, insegurança e medo experenciado por pessoas LGBTQIAP+ contribui para que essa população esteja susceptível a uma série de aspectos estressores, que geralmente, não são experenciados pelas pessoas cisgênero e heterossexuais (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003; Meyer; Frost, 2013). Destacam-se entre os aspectos estressores as experiências de vitimização, a homofobia internalizada, as expectativas de rejeição e a ocultação da orientação afetivo-sexual (Flentje *et al.*, 2020; Mezza *et al.*, 2024; Meyer; Frost, 2013).

Em conjunto, esses estressores colocam à população LGBTQIAP+ em um risco elevado para o desenvolvimento de uma série de problemas de saúde (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Mezza *et al.*, 2024). Dessa forma, compreendendo as especificidades relacionadas à saúde da população LGBTQIAP+ (OMS, 2023), o próximo capítulo abordará seus principais determinantes.

## REFERÊNCIAS

ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS, TRANSEXUAIS E INTERSEXOS (ABGLT). **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil**: Dossiê 2022. Florianópolis, SC: Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, ABGLT, 2023.

ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; ANTRA; ABGLT. **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil**: Dossiê 2023. Florianópolis, SC: Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, ABGLT, 2024.

9 Outras pessoas vitimadas pela LGBTIfobia (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024).

ADAM, M. P.; VILAIN, E. Emerging issues in disorders/differences of sex development (DSD). **American Journal of Medical Genetics**, v. 175, n. 2, p. 249-252, 2017.

BENEVIDES, B. G. **Dossiê**: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023 / Bruna G. Benevides. ANTRA. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2024.

BUTLER, J. **Corpos que importam**: Os limites discursivos do"sexo". 1ª ed. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: Feminismo e subversão da identidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilzação Brasileira, 2018.

BUTLER, J. Regulações de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 42, p. 249-274, 2014.

COLLING, L. **Gênero e sexualidade na atualidade**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, 2018.

COSTA, Â. B.; NARDI, H. C. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: Debate conceitual. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 715-726, 2015.

DE TILIO, R. Teorias de gênero: Principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Revista Gênero**, v. 14, n. 2, p. 125-148, 2014.

DOS SANTOS, J. B. S. O.; CARDIN, V. S. G. Da situação legal das pessoas intersexo e a possibilidade de reconhecimento do terceiro sexo pelo ordenamento jurídico brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, n. 48, p. 96-119, 2022.

FLENTJE, A. *et al*. The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 43, p. 673-694, 2020.

FROST, D. M.; LEHAVOT, K.; MEYER, I. H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 38, p. 1-8, 2015.

FROST, D. M.; MEYER, I. H. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. **Current Opinion in Psychology**, v. 51, p. 101579, 2023.

HERCOWITZ, A.; VITO CIASCA, S.; LOPES JUNIOR, A. Desenvolvimento da orientação afetivo-sexual. *In*: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 44-50.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: Uma perspectiva pós-estruturalista. 16ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.

MEYER, I. H.; FROST, D. M. Minority stress and the health of sexual minorities. *In*: PATTERSON, C. J.; D'AUGELLI, A. R. (Eds.). **Handbook of psychology and sexual orientation**. United Kingdom: Oxford University Press, 2013. p. 252-266.

MEZZA, F. *et al*. Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. **Clinical Psychology Review**, v. 107, p. 102358, 2024.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE (NASEM). **Measuring sex, gender identity, and sexual orientation**. Washington, DC: The National Academies Press, 2022.

OKA, M.; LAURENTI, C. Entre sexo e gênero: Um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 238-251, 2018.

OMS. Gender and Health. **OMS Site**, 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1. Acesso em: 02 jan 2023.

OMS. Sexual Health. **OMS Site**, 2006. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2. Acesso em: 02 jan 2023.

RAFART, M. **Sexualidade Humana**. Curitiba, PR: InterSaberes, 2020.

SCHÜLER, K.; FERREIRA, L. G. A.; DA SILVA, M. R. D. Determinação e diferenciação biológica do sexo e suas diversidades. *In*: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 28-37.

STELET, B. P. *et al*. Pessoas intersexo. *In*: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 257-264.

VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. Definições da sexualidade humana. *In*: VITO CIASCA, S.;HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021a. p. 12-17.

# CAPÍTULO 2

# SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAP+

**Maurício Almeida**

**Pedro Henrique Berbert de Carvalho**

Em uma definição clássica apresentada pela OMS (1948, p. 1), a saúde pode ser compreendida como "[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Embora essa definição representasse um avanço para a época, atualmente é considerada obsoleta por visar um estado de completude inatingível (Brasil, 2022). Nesse contexto, pode-se pensar a saúde em graus ou coeficientes individualizados, de acordo com a capacidade de evolução de cada pessoa (Gaudenzi, 2014). Assim, a saúde deve ser entendida como um estado que emerge das condições de vida, ou seja, das fontes materiais essenciais para a sobrevivência, e do estilo de vida, que inclui escolhas individuais, hábitos e comportamentos (Gaudenzi, 2014). Esses fatores, por sua vez, são moldados pela ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de diversas naturezas (por exemplo, financeiros, políticos e institucionais). Dessa forma, a saúde resulta de uma combinação entre práticas individuais e a disponibilidade de serviços de saúde (Gaudenzi, 2014). Portanto, a saúde deve ser compreendida através das relações históricas, econômicas, políticas e sociais, da qualidade de vida, das necessidades básicas dos seres humanos, suas crenças, valores, direitos e deveres, bem como por meio das suas relações dinâmicas e construídas ao longo do ciclo da vida e do meio em que convivem (Brasil, 2022).

Verdadeiramente, o gozo do mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção (OMS, 1948). Contudo, a população LGBTQIAP+ apresenta piores indicadores de saúde física e mental quando comparada aos seus pares cisgêneros e heterossexuais (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010;

Bybee *et al.*, 2009; Kamen *et al.*, 2014; Mijas *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2022; Shenkman; Ifrah; Shmotkin, 2018; 2020). Para o entendimento dessas diferenças, dois elementos merecem destaque. O primeiro, associa-se a desinformação, ao preconceito, ao estigma e a patologização das diferenças sexuais no contexto da saúde, incluindo organizações, profissionais e serviços de saúde (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). O segundo, relaciona-se às condições externas experenciadas pela população LGBTQIAP+, como o estigma, a vitimização e o preconceito em relação a (não)manifestação da sua sexualidade (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003).

Diversos estudiosos concordam em afirmar que a população LGBTQIAP+ tem sido ignorada, sub tratada e incompreendida no que diz respeito às suas necessidades de saúde, sobretudo, devido à patologização das diferenças sexuais e do estigma associado a esse fenômeno (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Para identificar a gênese desses problemas, torna-se necessário compreender o contexto histórico, visto que, ao longo do tempo, as pessoas que não se encontravam dentro do padrão hetero-cis-normativo foram consideradas e tratadas como malfeitores, lunáticos e/ou pervertidos (Foucault, 1978). Além disso, suas diferenças sexuais foram criminalizadas como má conduta e tratadas como doença (Foucault, 1978).

Na área da saúde, as práticas consideradas "anormais[1]" para determinada época, local ou contexto já foram conceituadas pela medicina como "perversão sexual" (Von Krafft-Ebing, 1886). O presente termo surgiu nos diagnósticos médicos a partir da publicação do livro *Psychopathia Sexualis*, editado por Krafft-Ebing, em 1886. Desde então, qualquer comportamento "anormal", "disfuncional" ou "estranho" na manifestação da sexualidade foi considerado uma doença mental (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

A crença do "homossexualismo[2]" como uma doença mental tornou-se taxativa em 1952, com a publicação da 1ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) pela American Psychiatric Association (APA, 1952). O homossexualismo foi descrito na seção de "desvio sexual", junto a outras psicopatologias, como, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual - estupro, agressão sexual e mutilação (APA, 1952). Essa descrição sugere que os desejos e atitudes homossexuais deixaram de ser um comportamento e passaram a ser considerados uma condição inerente à vontade dos sujeitos, ou seja, um transtorno mental (APA, 1952). Assim, a "identidade homossexual" não poderia ser culpabilizada, exceto quando o tratamento não era desejado (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

Em 1973, o "homossexualismo" foi retirado da 2ª edição do DSM (DSM-II) (APA, 1973), o que foi considerado um avanço para a comunidade LGBTQIAP+. Entretanto, na

1 Práticas que não se adequassem ao padrão hetero-cis-normativo (Vito Ciasca; Pouget, 2021).
2 Até a década de 1980, os diagnósticos médicos utilizavam o termo "homossexualismo". Contudo, a partir da 3ª edição do DSM (DSM-III; APA, 1980), essa palavra se tornou pretérita, sendo substituída por homossexualidade.

3ª edição do DSM (DSM-III), inclui-se o diagnóstico de homossexualidade egodistônica - caracterizada como a ausente ou fraca excitação heterossexual, atrapalhando o início ou a manutenção de relacionamentos heterossexuais desejados, assim como, por uma elevada excitação homossexual, que é vista como indesejada pelo indivíduo, tornando-se uma fonte persistente de angústia (APA, 1980). Essa inclusão foi vista como um retrocesso; pois, retomava o contexto de patologização das diferenças sexuais.

Contudo, a mudança de nomenclatura (homossexualismo para homossexualidade) representou um avanço, visto que, o sufixo "ismo" apresenta uma ideia de doença/patologia (por exemplo, tabagismo e alcoolismo). Por outro lado, o sufixo "dade" denota um sentido de expressão e manifestação humana (por exemplo, identidade, felicidade e sexualidade). Dessa maneira, em 1987, o diagnóstico de homossexualidade egodistônica foi retirado da versão revisada do DSM III (DSM-III-R; APA, 1987). Na 4ª (DSM-IV; APA, 1994) e 5ª edição (DSM-5; APA, 2013) do DSM, os avanços alcançados no documento anterior foram mantidos, de modo que, a homossexualidade não é mais considerada um transtorno mental.

Em 1985, o Conselho Federal de Medicina[3] (CFM) do Brasil retirou a homossexualidade da lista de patologias, decisão que antecedeu a manifestação da OMS e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que se posicionaram da mesma forma em 1990 e 1992, respectivamente. Contudo, embora tenha deixado de ser considerada uma doença na CID-10, permaneceram diagnósticos relacionados na categoria de "transtornos psicológicos e comportamentos associados ao desenvolvimento sexual e à orientação", como, por exemplo, o transtorno da maturação sexual, a orientação sexual egodistônica, o transtorno do relacionamento sexual, outros transtornos do desenvolvimento psicossexual e transtorno do desenvolvimento sexual, não especificado (OMS, 1992).

Na orientação sexual egodistônica os sujeitos não apresentam dúvidas em relação à identidade e/ou orientação sexual, mas desejariam que isso ocorresse de outra forma devido a transtornos psicológicos ou de comportamento associados a essa identidade ou a essa orientação, de modo que, poderia buscar tratamento para alterá-la (CID-10; OMS, 1992). Esse diagnóstico foi utilizado por muitos profissionais para defender a "cura gay", justificando terapias de conversão de homossexualidade, visto que, a pessoa homossexual que sofre teria direito de procurar ajuda para mudar de "orientação" (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

Em 2022, a OMS lançou a 11ª versão da CID (CID-11; OMS, 2022), de modo que, os diagnósticos associados à categoria de transtornos psicológicos e comportamentos associados ao desenvolvimento sexual e à orientação foram removidos. Esses diagnósticos eram imprecisos e constantemente utilizados como subterfúgio para patologização da homossexualidade. Esse avanço era necessário, já sendo reconhecido pelo Conselho

3 O Conselho Federal de Medicina (CFM) é um órgão reconhecido por Lei, com objetivo de fiscalização e normatização da prática médica.

Federal de Psicologia[4] (CFP) do Brasil desde 1999, no qual a Resolução número 001/1999 proibiu os profissionais da área de realizarem qualquer tipo de tratamento que vise redefinir a orientação afetivo-sexual (CFP, 1999). Ressalta-se que, os homossexuais não foram os únicos a sofrer com a patologização das diferenças sexuais, as pessoas transexuais[5] e intersexuais[6] também vivenciaram/vivenciam esse processo[7].

Percebe-se que, historicamente, a patologização das diferenças sexuais tem restringido a compreensão e a atuação das organizações, profissionais e serviços de saúde ao "tratamento" de tais condições e não às verdadeiras necessidades de saúde da população LGBTQIAP+ (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Segundo revisão sistemática de Brooks *et al*. (2018), muitas pessoas da população LGBTQIAP+ evitam buscar atendimento de saúde e quando buscam, tem medo de divulgar sua identidade de gênero e/ou orientação afetivo-sexual, mesmo que nesse processo recebam um tratamento menos apropriado às suas reais necessidades. No estudo, os autores evidenciaram algumas barreiras para divulgação da identidade de gênero e/ou orientação afetivo-sexual nos serviços de saúde, incluindo a utilização de uma linguagem hetero-cis-normativa, percepção de não aceitação da população LGBTQIAP+, o registro em documentos médicos (por exemplo, prontuários), a vergonha, o constrangimento, o medo de discriminação e da perda da qualidade do atendimento (Brooks *et al.*, 2018).

Buscando superar essa lacuna no atendimento das pessoas LGBTQIAP+, o governo brasileiro publicou a Portaria nº 2.836, de 1° de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Contudo, o documento base para a aplicação dos pressupostos e diretrizes estabelecidos na presente portaria só foi publicado dois anos depois, sendo nomeado de Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013). Essa política é um marco histórico de reconhecimento às demandas dessa população, sendo um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades (Brasil, 2013). O presente documento tem como um de seus pressupostos o fato de que, a discriminação em virtude da identidade de gênero e orientação afetivo-sexual

4 Conselho Federal de Psicologia (CFP) é um órgão reconhecido por Lei, com objetivo de fiscalização e normatização do exercício da profissão de Psicólogo.

5 Historicamente as pessoas transexuais sofreram com a patologização da sua identidade de gênero. Contudo, atualmente, no CID-11 o "transexualismo" passa a não ser reconhecido como doença, mantendo apenas o diagnóstico de incongruência de gênero – caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero vivenciado por um indivíduo e o sexo atribuído no nascimento (OMS, 2022). Assim, oficialmente, o "transexualismo" deixa de ser reconhecido como uma doença (OMS, 2022).

6 Até recentemente, os corpos intersexo estiveram em categorias como "hermafroditismo", "distúrbios de desenvolvimento sexual", "anomalias", "genitália ambígua" e "ambiguidades" (Vito Ciasca; Pouget, 2021). Compreender a condição intersexo como "anomalia" gerou uma ideia de pronta correção, em geral, de forma cirúrgica ou hormonal (Feder, 2014). A problemática dos procedimentos precoces, como, por exemplo, gonadectomias, redução clitoridiana, vaginoplastia, cirurgias de hipospadia e intervenções hormonais na infância, é o fato de que eles podem conduzir a esterilizações, disfunções sexuais e urinárias, dor crônica, terapia de reposição hormonal, além de vergonha, isolamento e sentimentos de inadequação, levando a depressão, estresse pós-traumático e ideação suicida (Feder, 2014). Não obstante, pode conduzir a própria incongruência de gênero por atribuição errônea de gênero.

7 Para o entendimento dos principais determinantes de saúde nessas populações, sugere-se a leitura do trabalho de Vito Ciasca, Hercowitz e Lopes Junior (2021b).

incide nos determinantes sociais de saúde e no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado à população LGBTQIAP+ (Brasil, 2013).

Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT represente um avanço para a saúde LGBTQIAP+, ao atender essa população, os profissionais de saúde reiteram um discurso do "não" – "não diferença", "não saber" e "não querer" (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019). Em relação a "não diferença", os médicos da família e da comunidade destacaram não existir diferenças entre o atendimento de saúde da população LGBTQIAP+ e o das demais populações atendidas por eles (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019). No caso do "não saber", os participantes destacaram por meio de suas falas não saber quais são as demandas específicas da população LGBTQIAP+ (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019), incluindo o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2013). Por fim, o discurso do "não querer" busca justificar a ausência da população LGBTQIAP+ nos serviços de saúde em virtude de sua própria decisão (Paulino; Rasera; Teixeira, 2019).

Para além dos problemas relacionados aos sistemas de saúde, a população LGBTQIAP+ tem sofrido com condições externas, como o estigma, a vitimização e o preconceito em relação a (não)manifestação da sua sexualidade (Flentje *et al*., 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al*., 2024; Meyer, 2003; Meyer; Frost, 2013). A Teoria do Estresse de Minoria (TEM)[8] tem sido utilizada para explicar de que forma os processos de estigmatização podem impactar os desfechos de saúde das pessoas LGBTQIAP+ (Meyer, 2003).

Em seu surgimento, o estresse de minoria foi definido como "o excesso de estresse, o qual os indivíduos de categorias sociais estigmatizadas são expostos como resultado de sua posição social, frequentemente como uma minoria" (Meyer, 2003, p. 3, tradução minha). Desse modo, a TEM considera o estresse de minoria como um fator único e aditivo ao estresse geral experenciado por todas as pessoas, de modo que, pessoas estigmatizadas requerem uma adaptação extra, esforçando-se mais do que outras pessoas não estigmatizadas (Meyer, 2003). Embora algumas formas de estresse de minoria são experenciados por vários grupos socialmente estigmatizados (por exemplo, causadas por eventos de vida relacionados ao preconceito, discriminação cotidiana e expectativas de rejeição), vários processos, como ocultação da sexualidade, homofobia internalizada e discriminação em virtude da identidade sexual e/ou orientação afetivo-sexual são exclusivos para indivíduos de minoria sexual e de gênero (Pitoňák, 2017).

Segundo a TEM, o processo de estresse de minoria pode ser descrito como um processo contínuo entre fatores estressores distais (condições e eventos objetivos) e processos pessoais proximais (Meyer, 2003). Assim, enquanto os fatores distais estão associados a condições sociais externas, os fatores proximais são subjetivos, pois

8 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Minority Stress Theory*.

dependem da avaliação e percepção de cada sujeito (Meyer, 2003). Nesse sentido, a TEM propõe três tipos de estressores: 1º) experiências de vitimização – caracterizadas pelo preconceito, violência, rejeições e agressões relacionadas à orientação afetivo-sexual; 2º) homofobia internalizada – caracterizada pelas ideias aversivas de uma pessoa sobre sua própria sexualidade; 3º) ocultação da orientação afetivo-sexual – quando a pessoa esconde sua identidade LGBTQIAP+ de si e/ou de outros (Meyer, 2003).

Essas condições tornam essa população susceptível a uma série de agravos físicos e mentais, destacando-se taxas elevadas de ansiedade (Pachankis; Bernstein, 2012), sintomas depressivos (Balakrishnan *et al.*, 2022; Lindley; Walsemann; Carter Jr, 2012; Liu *et al.*, 2023; Pellicane; Ciesla, 2022), TAs (Convertino *et al.*, 2021b; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Schmidt *et al.*, 2022), transtorno dismórfico corporal – TDC (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Convertino *et al.*, 2021b; Gonzales; Blashill, 2021; Schmidt *et al.*, 2022), ideação suicida (Balakrishnan *et al.*, 2022; Hill *et al.*, 2022), tentativas de suicídio (Pellicane; Ciesla, 2022), abuso de substâncias, incluindo bebidas alcoólicas, cigarros e EAA (Blashill *et al.*, 2017; Compton; Jones, 2021; Convertino *et al.*, 2021b; Gonzales; Blashill, 2021). É importante salientar que essas discrepâncias se devem ao estigma social associado às orientações não-heterossexuais e não a orientação não-heterossexual em si (Paveltchuk; Borsa, 2020; Valdiserri *et al.*, 2019). Em outras palavras, o estigma social associado às identidades LGBTQIAP+ é o que expõe essa população aos piores desfechos de saúde.

Embora a TEM possa explicar algumas disparidades em relação à saúde mental de minorias sexuais e de gênero em comparação aos seus pares cisgênero e heterossexuais, ela não explica todas as diferenças observadas entre essas populações (Brewster *et al.*, 2017; Convertino *et al.*, 2021b). Autores têm evidenciado que os distúrbios de imagem corporal apresentados por homens cisgênero gays/bissexuais estão associados, principalmente, aos fatores de influência sociocultural e a objetificação sexual (Brewster *et al.*, 2017; Nowicki *et al.*, 2022; Simpson, 2024; Tylka, 2011b; Wiseman; Moradi, 2010).

Os distúrbios de imagem corporal podem afetar as pessoas independente da identidade de gênero ou orientação afetivo-sexual; entretanto, homens cisgênero gays/bissexuais apresentam maior insatisfação com a imagem corporal em comparação aos seus pares cisgênero e heterossexuais, bem como apresentam uma maior preocupação com a sua própria imagem corporal e a de seus parceiros, quando comparados com os homens e mulheres cisgênero e heterossexuais (Dahlenburg *et al.*, 2020; Morgan; Arcelus, 2009). Realmente, as (sub)culturas gays masculinas atribuem uma elevada importância à aparência corporal (Dahlenburg *et al.*, 2020).

Para além dos problemas supracitados, os distúrbios de imagem corporal exercem grande influência na saúde sexual dos homens cisgênero gays/bissexuais (Levitan *et al.*, 2019). Por exemplo, estudo de Levitan *et al.* (2019), demonstrou que, durante as relações sexuais, 42% dos homens cisgênero gays já esconderam uma parte do seu corpo por uma autopercepção negativa, escores superiores aos encontrados em mulheres cisgênero

heterossexuais (30%), lésbicas (27%) e homens heterossexuais (22%) (Levitan *et al.*, 2019). É importante salientar que, aproximadamente 39% dos homens gays investigados destacaram que essa imagem negativa afeta sua saúde sexual, o que é quase o dobro do observado em homens heterossexuais (20%) (Levitan *et al.*, 2019). Assim, compreendendo que a imagem corporal é um construto dinâmico e multifacetado, bem como está associada a uma série de psicopatologias, ela será apresentada e discutida no próximo capítulo, com especial atenção à população de homens cisgênero gays/bissexuais.

## REFERÊNCIAS


AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - First edition (DSM – I)**. 1ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM – 5)**. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fourth edition (DSM – IV)**. Washington, DC: American Psychological Association, 1994.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Second edition (DSM – II)**. 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1973.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third edition (DSM – III)**. 3ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third edition revised (DSM – III R)**. 3ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

BALAKRISHNAN, K. *et al.* Discrimination experienced by sexual minority males in Australia: Associations with suicidal ideation and depressive symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 305, p. 173-178, 2022.

BLASHILL, A. J. *et al.* Anabolic steroid misuse among US adolescent boys: Disparities by sexual orientation and race/ethnicity. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 2, p. 319-321, 2017.

BOROUGHS, M. S.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. **Sex Roles**, v. 63, p. 725-737, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **05/8 – Dia Nacional da Saúde**. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/. Acesso em: 05 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 02 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf . Acesso em: 02 jan 2023.

BREWSTER, M. E. *et al.* “Do you even lift, bro?” Objectification, minority stress, and body image concerns for sexual minority men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 18, n. 2, p. 87-98, 2017.

BROOKS, H. *et al.* Sexual orientation disclosure in health care: A systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 68, n. 668, p. e187-e196, 2018.

BYBEE, J. A. *et al*. Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. **Journal of Adult Development**, v. 16, p. 144-154, 2009.

COMPTON, W. M.; JONES, C. M. Substance use among men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 4, p. 352-356, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 001/99, de 22 de maro de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. 1999. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em: 02 jan. 2023.

CONVERTINO, A. D. *et al.* The role of sexual minority stress and community involvement on disordered eating, dysmorphic concerns and appearance-and performance-enhancing drug misuse. **Body Image**, v. 36, p. 53-63, 2021b.

DAHLENBURG, S. C. *et al*. Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 35, p. 126-141, 2020.

FEDER, E. K. **Making sense of intersex**: Changing ethical perspectives in biomedicine. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 2014.

FLENTJE, A. *et al*. The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 43, p. 673-694, 2020.

FOUCAULT, M. **The history of sexuality**. New York, NY: Pantheon Books, 1978.

FROST, D. M.; LEHAVOT, K.; MEYER, I. H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 38, p. 1-8, 2015.

FROST, D. M.; MEYER, I. H. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. **Current Opinion in Psychology**, v. 51, p. 101579, 2023.

GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 4, p. 911-924, 2014.

GONZALES IV, M.; BLASHILL, A. J. Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority US adults. **Body Image**, v. 36, p. 64-73, 2021.

HILL, A. O. *et al.* Suicidal ideation and suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, pansexual, queer, and asexual youth: Differential impacts of sexual orientation, verbal, physical, or sexual harassment or assault, conversion practices, family or household religiosity, and school experience. **LGBT Health**, v. 9, n. 5, p. 313-324, 2022.

KAMEN, C. *et al.* Disparities in health risk behavior and psychological distress among gay versus heterosexual male cancer survivors. **LGBT Health**, v. 1, n. 2, p. 86-92, 2014.

KAMODY, R. C.; GRILO, C. M.; UDO, T. Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among US adults. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 2, p. 278-287, 2020.

LEVITAN, J. *et al*. The relationship between body image and sexual functioning among gay and bisexual men. **Journal of Homosexuality**, v. 66, n. 13, p. 1856-1881, 2019.

LINDLEY, L. L.; WALSEMANN, K. M.; CARTER JR, J. W. The association of sexual orientation measures with young adults' health-related outcomes. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 6, p. 1177-1185, 2012.

LIU, C. *et al.* Associations among internalized and perceived stigma, state mindfulness, self-efficacy, and depression symptoms among men who have sex with men in China: A serial mediation model. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 45, p. 81-88, 2023.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.

MEYER, I. H.; FROST, D. M. Minority stress and the health of sexual minorities. *In*: PATTERSON, C. J.; D'AUGELLI, A. R. (Eds.). **Handbook of psychology and sexual orientation**. United Kingdom: Oxford University Press, 2013. p. 252-266.

MEZZA, F. *et al*. Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. **Clinical Psychology Review**, v. 107, p. 102358, 2024.

MIJAS, M. *et al.* Dysregulated by stigma: Cortisol responses to repeated psychosocial stress in gay and heterosexual men. **Psychoneuroendocrinology**, v. 131, p. 105325, 2021.

MORGAN, J. F.; ARCELUS, J. Body image in gay and straight men: A qualitative study. **European Eating Disorders Review**, v. 17, n. 6, p. 435-443, 2009.

NOWICKI, G. P. *et al.* Body image and associated factors among sexual minority men: A systematic review. **Body Image**, v. 43, p. 154-169, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, OMS, 1948.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 1992. Disponível em: https://cid10.com.br/. Acesso em: 02 jan 2023.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 2022. Disponível em: https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-. Acesso em: 02 jan 2023.

PACHANKIS, J. E.; BERNSTEIN, L. B. An etiological model of anxiety in young gay men: From early stress to public self-consciousness. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 13, n. 2, p. 107-122, 2012.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. D. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180279, 2019.

PAVELTCHUK, F. O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays/bissexuais. **Revista da SPAGESP**, v. 21, n. 2, p. 41-54, 2020.

PELLICANE, M. J.; CIESLA, J. A. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 91, p. 102113, 2022.

PITOŇÁK, M. Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. **Mental Health & Prevention**, v. 5, p. 63-73, 2017.

SCHMIDT, M. *et al.* Body image disturbance and associated eating disorder and body dysmorphic disorder pathology in gay and heterosexual men: A systematic analyses of cognitive, affective, behavioral und perceptual aspects. **PLoS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0278558, 2022.

SHENKMAN, G.; IFRAH, K.; SHMOTKIN, D. Interpersonal vulnerability and its association with depressive symptoms among gay and heterosexual men. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 17, p. 199-208, 2020.

SHENKMAN, G.; IFRAH, K.; SHMOTKIN, D. The association between negative attitudes toward aging and mental health among middle-aged and older gay and heterosexual men in Israel. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 4, p. 503-511, 2018.

SIMPSON, B. Assessing and understanding body image and bodysatisfaction in gay and bisexual men throughobjectification theory. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 39, n. 2, p. 598–610, 2024.

TYLKA, T. L. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 199-207, 2011b.

VALDISERRI, R. O. *et al*. Unraveling health disparities among sexual and gender minorities: A commentary on the persistent impact of stigma. **Journal of Homosexuality**, v. 66, n. 5, p. 571-589, 2019.

VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021b.

VITO CIASCA, S.; POUGET, F. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. *In*: VITO CIASCA, S.;HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 18-27.

VON KRAFFT-EBING, R. **Psychopathia sexualis**. Tradução de C. G. Chaddock. Philadelphia, : The F. A. Davis Company, 1886.

WISEMAN, M. C.; MORADI, B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. **Journal of Counseling Psychology**, v. 57, n. 2, p. 154-166, 2010.

# IMAGEM CORPORAL EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

**Maurício Almeida**

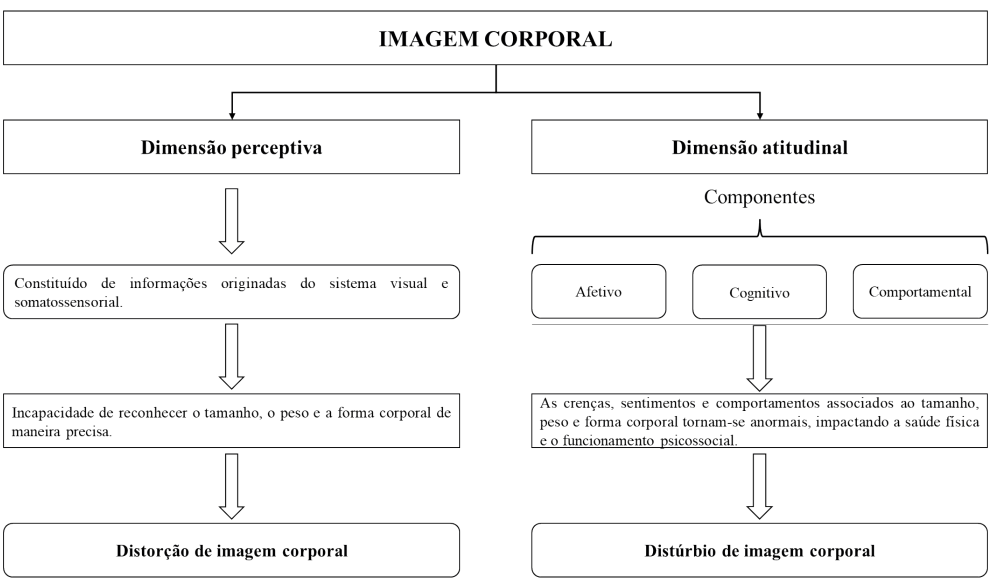
**Pedro Henrique Berbert de Carvalho**

A imagem corporal tem sido compreendida como a imagem que o indivíduo tem do tamanho, da forma e dos contornos corporais, bem como os sentimentos associados a essas características e as partes que as constituem (Slade, 1994). Este é um construto complexo e multifacetado que pode ser influenciado por uma série de características biológicas, psicológicas e sociais, como, por exemplo, a cultura, a cor/raça, o status socioeconômico, o sexo, a identidade de gênero e a orientação afetivo-sexual (Cash, 2004; Grogan, 2016; 2021). Realmente, ela não é uma construção apenas cognitiva, mas também um reflexo dos desejos, das emoções e da interação social (Schilder, 1994).

Devido a sua apresentação multidimensional, autores concordam em dividir a imagem corporal, para fins de estudo e pesquisa, em duas dimensões, a saber, perceptiva e atitudinal (Figura 2) (Cash; Pruzinsky, 2002; Cornelissen *et al.*, 2019). A dimensão perceptiva está associada à acurácia ou inacurácia com que uma pessoa reconhece as dimensões físicas do próprio corpo, incluindo o tamanho, o peso e a forma corporal (Cash; Pruzinsky, 2002). Salienta-se que esse processo não é constituído apenas pelo sistema visual, mas em conjunto com outras informações somatossensoriais, incluindo aspectos exteroceptivos, proprioceptivos e interoceptivos, que em conjunto permitem uma representação neural do corpo na área parietal do córtex cerebral (Coelho; Portugal, 2021; Thurm *et al.*, 2020). A incapacidade de reconhecer o corpo de forma precisa, levando a sub (isto é, hipoesquematia) ou superestimação (isto é, hiperesquematia) do tamanho e da forma corporal tem sido descrita na literatura especializada como distorção da imagem corporal (Coelho; Portugal, 2021; Thurm *et al.*, 2020).

Por sua vez, a dimensão atitudinal tem sido subdividida em três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental (Cash, Pruzinsky, 2002; Cornelissen *et al.*, 2019; Thurm *et al.*, 2020). O componente afetivo relaciona-se aos sentimentos positivos e/ou negativos relacionados ao corpo e/ou aparência corporal (por exemplo, satisfação e insatisfação corporal) (Cash, Pruzinsky, 2002; Thurm *et al.*, 2020). O componente cognitivo pode ser caracterizado pelas crenças, pensamentos e representações mentais relacionadas ao corpo (por exemplo, crença de que se está gordo[a]) (Cash, Pruzinsky, 2002; Thurm *et al.*, 2020). Por fim, o componente comportamental relaciona-se a uma série de atitudes e comportamentos associados ao corpo e a aparência física (por exemplo, comportamentos de evitação e checagem corporal) (Cash, Pruzinsky, 2002; Thurm *et al.*, 2020). Essas definições apresentam um caráter prático e teórico; pois, em caso de tratamento é importante compreender quais aspectos da imagem corporal são sensíveis às intervenções, de modo que alguns componentes são menos susceptíveis a mudanças (Thompson, 2004).

Figura 2 – Esquema ilustrativo da composição da imagem corporal




Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Ao adentrar o contexto clínico e epidemiológico, o componente afetivo da imagem corporal tem sido o mais investigado, mais precisamente a insatisfação corporal – crenças e sentimentos negativos que uma pessoa tem sobre o próprio corpo (Grogan, 2021; Karazsia; Murnen; Tylka, 2017; Paterna *et al.*, 2021). De fato, existe uma preocupação crescente com a insatisfação corporal no contexto da saúde coletiva, visto que ela tem sido descrita como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de uma série

de doenças, incluindo psicopatologias como os TAs e os transtornos dimórficos corporais (Rodgers *et al.*, 2023). Autores salientam que os distúrbios de imagem corporal, como é o caso da insatisfação corporal, devem ser vistos como um problema de saúde mental em um nível global (Blundell *et al.*, 2024; Rodgers *et al.*, 2023). Rodgers *et al.* (2023) destacam a necessidade emergente de intervenções preventivas que promovam a redução da insatisfação corporal em diferentes populações e contextos culturais.

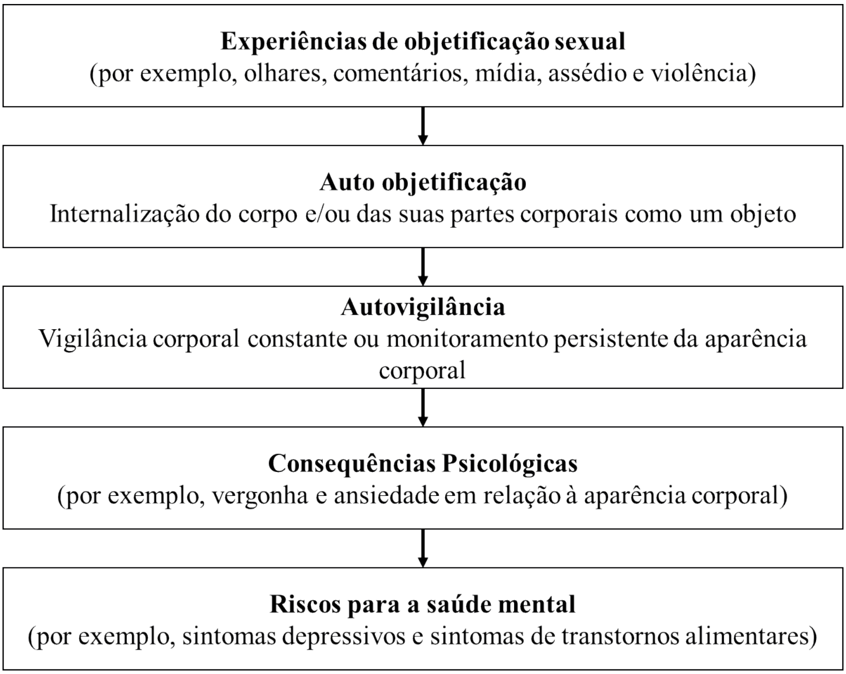
Historicamente, o desenvolvimento dos estudos acerca da imagem corporal está profundamente associado aos TAs (Cash; Pruzinsky, 2002). Porém, problematiza-se que, por muito tempo, essa psicopatologia foi estereotipada como "coisa de mulher", o que influenciou diretamente o estudo do tema (Tylka, 2021). Podemos observar essa influência na forma como a insatisfação corporal foi originalmente definida (motivação para se tornar magra), nas medidas desenvolvidas para avaliação desse construto (escalas desenvolvidas para avaliar a motivação para a magreza), nos estudos conduzidos (as amostras foram predominantemente de mulheres brancas) e no desenvolvimento de modelos etiológicos (fatores relevantes para a magreza foram incluídos com prioridade) (Tylka, 2021). Entretanto, atualmente, um grande *corpus* de pesquisas tem buscado compreender o desenvolvimento da imagem corporal em diversas populações, incluindo homens cisgênero gays/bissexuais (Dahlenburg *et al.*, 2020; He *et al.*, 2020; Nowicki *et al.*, 2022; Simpson, 2024).

Nesse contexto, uma das principais perspectivas teóricas que tem buscado explicar a maior incidência/prevalência de distúrbios de imagem corporal em homens cisgênero gays/bissexuais é a teoria da objetificação sexual (Brewster *et al.*, 2017; Moradi, 2010; Parent; Moradi, 2011; Simpson, 2024; Wiseman; Moradi, 2010). Originalmente, a teoria da objetificação sexual foi desenvolvida para explicar o desenvolvimento da imagem corporal de mulheres, sendo definida como "as experiências de ser tratado como um corpo (ou uma coleção de partes corporais) valorizadas predominantemente por seu uso (ou consumo) por outras pessoas" (Fredrickson; Roberts, 1997, p. 174, tradução minha). Após a sua criação, essa teoria vem sendo investigada em diversas populações, de modo que, no presente trabalho ela será apresentada e discutida tendo como foco a população de homens cisgênero gays/bissexuais.

Para melhor compreensão da teoria da objetificação sexual, um modelo explicativo pode ser visualizado na Figura 3. Inicialmente, algumas experiências, como a exposição a imagens hipersexualizadas na mídia, olhares, comentários e assédio reduzem a compreensão das pessoas/dos seres aos seus corpos, suas partes corporais ou as suas funções sexuais (Fredrickson; Roberts, 1997). Quando ideais de atratividade são internalizados, os sujeitos podem desenvolver uma auto objetificação ou a adoção de uma perspectiva de observador em relação ao próprio corpo (Fredrickson; Roberts, 1997). Posteriormente, a auto objetificação se manifesta por meio da autovigilância corporal ou do monitoramento persistente da aparência corporal ("estou bonito[a]?"), em comparação às sensações ("como me sinto?") e ao funcionamento corporal ("quais são minhas habilidades

físicas?") (Fredrickson; Roberts, 1997). Nesse processo, os sujeitos enfrentariam algumas consequências, como o desenvolvimento de vergonha corporal e ansiedade em relação à aparência, que por sua vez, estão associados a maiores riscos para a saúde mental, como os sintomas de TAs (Fredrickson; Roberts, 1997; Wiseman; Moradi, 2010).

Figura 3 – Modelo explicativo da teoria de objetificação sexual




Fonte: Adaptado de Calogero, Tantleff-Dunn e Thompson (2011).

Tradução: Os autores (2025).

É notório que os homens, independente da orientação afetivo-sexual, valorizam em demasia a aparência física ao buscar um parceiro romântico (Wood, 2004). Assim, indivíduos que estão tentando atrair parceiros do sexo masculino são socializados a ver sua aparência física na perspectiva de um observador, ou seja, como um objeto sexual (Frederick *et al.*, 2022). Aumentando a complexidade dessa objetificação, no caso dos homens gays/bissexuais, eles são tanto os sujeitos quanto os executores da objetivação de outros homens, o que autores tem chamado de olhar gay masculino[1] (Wood, 2004).

Em homens cisgênero gays/bissexuais, a aparência corporal tem sido vista como uma ferramenta de atratividade física e sexual (Tiggemann; Martins; Kirkbride, 2007). Além disso, homens que se consideram moderada ou altamente pertencente à comunidade gay/bissexual experenciam níveis mais altos de insatisfação corporal e baixa autoestima

1 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Gay male gaze*.

(Kousari-Rad; Mclaren, 2013). Não obstante, homens gays também demonstram uma maior internalização das pressões recebidas pelos pares, bem como relataram se sentirem mais julgados em relação à sua aparência e pensar sobre ela mais constantemente ao longo do dia em comparação aos homens heterossexuais (Frederick; Essayli, 2016; Frederick *et al.*, 2022). Verdadeiramente, um grande *corpus* de estudos indica que o envolvimento na comunidade gay/bissexual está associado a um risco aumentado para o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal[2] (Beren *et al.*, 1996; Doyle; Engeln, 2014; Green *et al.*, 2005; Kousari-Rad; Mclaren, 2013; Tylka; Andorka, 2012).

Estudo de Davids e Green (2011) com homens gays (*n* = 233) identificou que as experiencias de auto objetificação mediou completamente o relacionamento entre o envolvimento na comunidade gay, o senso psicológico de comunidade e a insatisfação corporal. A vigilância e o monitoramento corporal parece ser maior em (sub)grupos que são alvos do olhar masculino[3], como é o caso dos homens cisgênero gays/bissexuais (Frederick *et al.*, 2022). Ademais, a atração sexual por homens, independente da orientação afetivo-sexual, tem se mostrado como um fator de risco para os desenvolvimentos de distúrbios de imagem corporal e TAs em homens cisgênero gays (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022).

Buscando compreender a extensão da teoria da objetificação sexual em homens de minoria sexual e de gênero, Wiseman e Moradi (2010) conduziram um estudo com 231 homens de diversos países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Índia, Australia, Bélgica, Indonésia, Iraque, Noruega, Portugal, África do Sul e Emirados Árabes). Eles identificaram que a internalização dos padrões culturais de atratividade mediou parcialmente o relacionamento entre as experiências de objetificação sexual e os comportamentos de vigilância/monitoramento corporal (Wiseman; Moradi, 2010). Por sua vez, a vigilância/monitoramento corporal mediou parcialmente o relacionamento entre a internalização dos padrões culturais de atratividade e a vergonha corporal (Wiseman; Moradi, 2010). Por fim, a vergonha corporal mediou parcialmente o relacionamento entre a vigilância/monitoramento corporal e os sintomas de TAs (Wiseman; Moradi, 2010).

No caso dos homens cisgênero gays/bissexuais, a imagem corporal socioculturalmente valorizada incluiu um corpo com adequada quantidade de massa muscular e um baixo índice de gordura corporal, no intuito de dar maior visibilidade à musculatura (Fogarty; Walker, 2022). Em resumo, o corpo idealmente valorizado por essa população seria em formato de "V", com ombros largos, cintura fina e músculos abdominais bem definidos, o que os autores têm descrito como "ideal mesomórfico"[4] (Tylka, 2021). Percebe-se que os

2 É importante mencionar que alguns estudos não identificaram relação entre o envolvimento na comunidade gay/bissexual e o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal (Levesque; Vichesky, 2006; Tiggemann; Martins; Kirkbride, 2007). Nesse sentido, Lebeau e Jellison (2009) destacam que às percepções e experiências de envolvimento na comunidade gay/bissexual apresentam grande diversidade, o que pode modular os resultados encontrados.
3 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Male gaze*.
4 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Mesomorphic ideal*.

homens de minoria sexual apresentam tanto uma elevada "busca pela magreza[5]" quanto uma elevada "busca pela muscularidade", sendo que ambos os construtos são essenciais para compreensão da insatisfação corporal nessa população (Hunt; Gonsalkorale; Murray, 2013; Hunt; Gonsalkorale; Nosek, 2012).

A busca pela magreza envolve atitudes e comportamentos que expressam o grau de preocupação dos sujeitos com o peso, o tamanho e a forma corporal (Cooper; Cooper; Fairburn, 1985). Geralmente, a busca pela magreza é desencadeada quando existe uma discrepância perceptiva entre o peso corporal real e o idealizado pelos sujeitos (Cooper; Cooper; Fairburn, 1985). Homens cisgênero gays/bissexuais apresentaram maior busca pela magreza quando comparados aos homens e mulheres heterossexuais e as mulheres lésbicas (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022). Ademais, em homens, a busca pela magreza mediou completamente o relacionamento entre a atração sexual (homens *versus* mulheres) e a insatisfação corporal (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022). Os autores identificaram também que as pessoas atraídas por homens (independente da orientação afetivo-sexual) apresentaram maior busca pela magreza em comparação aqueles atraídos por mulheres (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022).

Ao comparar o estigma de peso entre homens cisgênero gays ($n$ = 351), bissexuais ($n$ = 357) e heterossexuais ($n$ = 408), Austen, Greenaway e Griffiths (2020) identificaram que homens cisgênero gays/bissexuais experenciaram maior discriminação em relação ao peso e internalização do viés de peso comparado aos homens heterossexuais. Ademais, em homens cisgênero gays/bissexuais a internalização do viés de peso e a insatisfação corporal mediaram o relacionamento entre as experiências de discriminação em relação ao peso e o pior bem-estar psicológico (Austen; Greenaway; Griffiths, 2020). A insatisfação com a gordura corporal tem sido associada a um maior comprometimento da qualidade de vida (Griffiths *et al.*, 2019).

No caso da busca pela muscularidade, ela tem sido caracterizada pelas atitudes e comportamentos que expressam o grau de preocupação dos indivíduos com sua muscularidade (McCreary; Sasse, 2000). Geralmente, esses indivíduos aprendem em seu contexto sociocultural, que um físico musculoso é altamente valorizado e desejável (Morrison *et al.*, 2006). Assim, elas começam a se comparar com outras pessoas para determinar se têm níveis adequados de muscularidade (Morrison *et al.*, 2006). Dessa forma, àquelas pessoas que se sentem pouco musculosas acabam se engajando em atitudes e comportamentos de busca pela muscularidade (Morrison *et al.*, 2006).

Ao observar os homens cisgênero gays, percebe-se que eles têm demonstrado uma maior busca pela muscularidade em comparação aos seus pares heterossexuais (Nerini *et al.*, 2016). As diferenças em relação à busca pela muscularidade associada à orientação afetivo-sexual não está totalmente esclarecida, mas autores acreditam que o

5 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Drive for thinness*.

maior envolvimento na comunidade gay/bissexual exerce uma grande explicação para essa diferença, em especial, devido ao olhar gay masculino (Hunt; Gonsalkorale; Murray, 2013; Hunt; Gonsalkorale; Nosek, 2012).

Além das preocupações com a magreza e muscularidade, estudos evidenciam que homens cisgênero gays/bissexuais têm apresentado uma elevada preocupação com a altura, tamanho do pênis, quantidade, volume e distribuição dos pelos corporais (Griffiths *et al.*, 2019; Tran *et al.*, 2020). Embora se acredite que a imagem corporal pode apresentar diferenças em relação aos (sub)grupos que os sujeitos se identificam dentro da comunidade gay/bissexual, essas diferenças não foram observadas em um dos únicos estudos que avaliou essas diferenças (Fogarty; Walker, 2022). O único resultado encontrado é que pertencer a um (sub)grupo pode aumentar os comportamentos alimentares transtornados orientados à muscularidade (Fogarty; Walker, 2022).

O problema associado às experiências de objetificação sexual, bem como a internalização dos padrões culturais de atratividade (auto objetificação) é o fato de que ambos levam em consideração uma aparência que raramente pode ser alcançada sem a realização de comportamentos patológicos, como o comer transtornado, a prática de exercício excessivo e o uso de EAA (Brewster *et al.*, 2017). Em homens cisgênero gays/bissexuais, a busca pela magreza parece estar associada a uma série de variáveis, como, baixa autoestima (Hunt; Gonsalkorale; Nosek, 2012), maior homonegatividade/ heterossexismo internalizado(a) (Badenes-Ribera; Fabris; Longobardi, 2018), sintomas de TAs e DM (Convertino *et al.*, 2022). Não obstante, a busca pela muscularidade nessa população tem sido associada a uma série de problemas de saúde, incluindo os sintomas de TAs, sintomas depressivos, maior risco sexual[6] (Brennan; Craig; Thompson, 2012), uso de EAA, exercício excessivo (Brewster *et al.*, 2017) e sintomas de DM (Santos *et al.*, 2023). Essa associação também está presente em homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil, onde a busca pela muscularidade apresentou uma associação positiva com os sintomas de TAs (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023) e DM (Santos *et al.*, 2023).

Além da auto objetificação, os distúrbios de imagem corporal em homens cisgênero gays/bissexuais pode ser um efeito potencial da homofobia (Badenes-Ribera; Fabris; Longobardi, 2018). Nesse sentido, uma grande quantidade de indivíduos dentro da (sub)cultura gay/bissexual tem buscado apresentar-se "mais másculos/masculinos" por meio da aparência física (Halkitis, 2001). A busca pela muscularidade tem apresentado uma associação significante com a homonegatividade/heterossexismo internalizado(a) (Badenes-Ribera; Fabris; Longobardi, 2018; Brennan; Craig; Thompson, 2012; Brewster *et al.*, 2017). Além disso, homens cisgênero gays/bissexuais que relatam ou temem ser estigmatizados são mais propensos a apresentar taxas mais altas de insatisfação corporal

6 No estudo de Brennan, Craig e Thompson (2012), o risco sexual foi avaliado investigando-se o tipo de relação sexual (anal/oral), o uso de preservativos, bem como se o parceiro era positivo ou negativo para HIV/Aids.

e estresse em alcançar um ideal de corpo masculino (Hamilton; Mahalik, 2009; Kimmel; Mahalik, 2005).

Levando em consideração essa relação, o desenvolvimento dos distúrbios de imagem corporal em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais é preocupante, visto que a população brasileira é altamente preconceituosa (Cardoso *et al.*, 2022a; Cardoso; Rocha, 2022; Cardoso *et al.*, 2022b). Por exemplo, em um estudo qualitativo desenvolvido com homens gays brasileiros, eles destacaram algumas experiências de homofobia no trabalho, que se manifestou por meio de comentários sarcásticos e ofensivos, barreiras impostas para o trabalho, dificuldade nos relacionamentos, intimidação e desestímulo à revelação da orientação afetivo-sexual e desligamento da empresa (Cardoso *et al.*, 2022a). Como mencionado anteriormente, só no ano de 2023 foram registradas um total de 230 mortes de pessoas LGBTQIAP+ por crimes de ódio (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024). Não é por acaso que homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil apresentam maior incidência de transtornos mentais e utilização de serviços dessa natureza quando comparados aos seus pares heterossexuais (Ghorayeb; Dalgalarrondo, 2011). Diante do exposto, sugere-se que estudos futuros avaliem a relação entre as experiências de homonegatividade/heterossexismo internalizado(a) e a imagem corporal.

Além da insatisfação corporal, na última década, pesquisadores têm buscado compreender o desenvolvimento da imagem corporal positiva (Tylka, 2011a; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Essa preocupação está associada ao fato de que ela tem se apresentado como um fator protetivo para uma série de transtornos mentais (Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Estratégias preventivas que reduzem aspectos da imagem corporal negativa, mas não adicionam aspectos às esferas positivas poderiam, na melhor das hipóteses, promover uma imagem corporal neutra (Alleva *et al.*, 2015; Guest *et al.*, 2019; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Portanto, a imagem corporal positiva pode ajudar na melhora da apreciação e respeito com o próprio corpo, o que pode tornar os benefícios (eficiência e eficácia) das intervenções preventivas mais duradouros (Alleva *et al.*, 2015; Guest *et al.*, 2019).

A imagem corporal positiva tem uma apresentação multifacetada e envolve um sentimento de amor e respeito pelo próprio corpo, independente dele atender aos padrões sociais de como um corpo “deve” parecer ou funcionar (Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Em minorias sexuais e de gênero, a apreciação corporal, um dos principais componentes da imagem corporal positiva, tem apresentado uma associação positiva com o comer intuitivo, com as percepções de saúde física, mental e global (Soulliard; Vander Wal, 2019; 2022). Por outro lado, apresenta uma relação negativa com a insatisfação corporal, comer transtornado, purgação, restrição alimentar, exercício excessivo e atitudes negativas em relação à obesidade (Soulliard; Vander Wal, 2019; 2022). Semelhantemente, na população de homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil, a apreciação corporal apresentou uma associação negativa com a auto objetificação (Almeida *et al.*, 2022; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023), objetificação dos pares (Santos *et al.*, 2023), internalização da

aparência ideal (Almeida *et al.*, 2022; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023), sintomas de TAs (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023) e DM (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023).

A associação inversa entre essas variáveis na população de homens cisgênero gays/bissexuais é teoricamente complexa, mas pode estar associada à redução da auto objetificação e internalização dos ideais de atratividade culturalmente estabelecidos. Por exemplo, na teoria da objetificação sexual os sujeitos internalizam um ideal de atratividade ("estou bonito[a]?"), deixando em segundo plano às sensações ("como me sinto?") e o funcionamento corporal ("quais são minhas habilidades físicas?"). Por outro lado, a imagem corporal positiva direciona a atenção para as sensações e o funcionamento corporal (Alleva *et al.*, 2022), o que pode proteger os indivíduos de internalizarem o padrão de atratividade corporal culturalmente estabelecido, reduzindo a auto objetificação e, consequentemente, os efeitos negativos advindos dessa prática. Em homens, independente da orientação afetivo-sexual, a imagem corporal positiva foi um preditor da melhoria da satisfação corporal e redução da internalização da aparência ideal (Alleva *et al.*, 2022).

A imagem corporal positiva estimula os indivíduos a adotarem algumas atitudes positivas, como, por exemplo, apreciar a beleza única de seu corpo e as funções que ele realiza, aceitar e admirar seu corpo, inclusive com aspectos que são inconsistentes com os ideais corporais, sentir-se belo, confortável, confiante e feliz com o próprio corpo, enfatizar pontos positivos do corpo ao invés de imperfeições e interpretar informações recebidas de maneira protetora, internalizando informações positivas e rejeitando as negativas (Tylka, 2011a). Salienta-se que, a imagem corporal positiva e negativa são independentes e podem ocorrer de maneira simultânea (Alleva *et al.*, 2022; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Por exemplo, uma pessoa pode estar satisfeita com o seu corpo de modo geral, mas insatisfeito com uma parte específica (Alleva *et al.*, 2022; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a).

Evidencia-se que os homens cisgênero gays/bissexuais apresentam especificidades em relação à sua imagem corporal. Além disso, as alterações de imagem corporal são aspectos essenciais para o diagnóstico de diversos transtornos mentais, incluindo os TAs e os transtornos dimórficos corporais, como é o caso da DM (APA, 2013). Compreendendo que os TAs impactam significativamente a saúde física e o funcionamento psicossocial de homens cisgênero gays/bissexuais (Nagata; Ganson; Austin, 2020), essa psicopatologia será mais bem apresentada e discutida no próximo capítulo.

## REFERÊNCIAS

ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; ANTRA; ABGLT. **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil**: Dossiê 2023. Florianópolis, SC: Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, ABGLT, 2024.

ALLEVA, J. M. *et al.* A longitudinal study investigating positive body image, eating disorder symptoms, and other related factors among a community sample of men in the UK. **Body Image**, v. 41, p. 384-395, 2022.

ALLEVA, J. M. *et al.* A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. e0139177, 2015.

ALMEIDA, M. *et al.* Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among Brazilian cisgender gay and bisexual men. **Body Image**, v. 42, p. 257-262, 2022.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM – 5)**. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

AUSTEN, E.; GREENAWAY, K. H.; GRIFFITHS, S. Differences in weight stigma between gay, bisexual, and heterosexual men. **Body Image**, v. 35, p. 30-40, 2020.

BADENES-RIBERA, L. *et al.* The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Behavioral Addictions**, v. 8, n. 3, p. 351-371, 2019.

BADENES-RIBERA, L.; FABRIS, M. A.; LONGOBARDI, C. The relationship between internalized homonegativity and body image concerns in sexual minority men: A meta-analysis. **Psychology & Sexuality**, v. 9, n. 3, p. 251-268, 2018.

BEREN, S. E. *et al*. The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. **International Journal of Eating Disorders**, v. 20, n. 2, p. 135-141, 1996.

BLUNDELL, E. *et al*. Longitudinal pathways between childhood BMI, body dissatisfaction, and adolescent depression: an observational study using the UK Millenium Cohort Study. **The Lancet Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 47-55, 2024.

BRENNAN, D. J.; CRAIG, S. L.; THOMPSON, D. E. A. Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. **Culture, Health & Sexuality**, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2012.

BREWSTER, M. E. *et al.* “Do you even lift, bro?” Objectification, minority stress, and body image concerns for sexual minority men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 18, n. 2, p. 87-98, 2017.

CALOGERO, R. M.; TANTLEFF-DUNN, S.; THOMPSON, J. K. Objectification theory: An introduction. *In*: CALOGERO, R. M.; TANTLEFF-DUNN, S.; THOMPSON, J. K. (Orgs.). **Self-objectification in women**: Causes, consequences, and counteractions. Michigan: APA, 2011. p. 3-21.

CARDOSO, C. S. R. *et al*. Coming out y homofobia en el trabajo: Experiencias en Montes Claros-MG. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 22, n. 1, p. 1920-1928, 2022a.

CARDOSO, J. G. *et al.* Discriminação percebida e consequências emocionais da LGBTQIA+ fobia no consumo no Brasil. **Innovar**, v. 32, n. 85, p. 33-47, 2022b.

CARDOSO, J. G.; ROCHA, R. A. D. Do explícito ao sutil: Existe discriminação percebida pelo consumidor LGBTI+ no Brasil? **Cadernos EBAPE.BR**, v. 20, n. 4, p. 483-499, 2022.

CASH, T. F. Body image: Past, present, and future. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2004.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Eds.). **Body image**: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York, NY: The Guilford Press, 2002.

COELHO, G. M. O.; PORTUGAL, M. R. C. Imagem corporal e transtornos alimentares. *In*: APPOLINARIO, J. C.; NUNES, M. A.; CORDÁS, T. A. (Ed.). **Transtornos alimentares**: Diagnóstico e manejo. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 71-96.

COOPER, Z.; COOPER, P. J.; FAIRBURN, C. G. The specificity of the Eating Disorder Inventory. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 24, n. 2, p. 129-130, 1985.

CORNELISSEN, K. K. *et al.* Are attitudinal and perceptual body image the same or different? Evidence from high-level adaptation. **Body Image**, v. 31, p. 35-47, 2019.

DAHLENBURG, S. C. *et al*. Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 35, p. 126-141, 2020.

DAVIDS, C. M.; GREEN, M. A. A preliminary investigation of body dissatisfaction and eating disorder symptomatology with bisexual individuals. **Sex Roles**, v. 65, p. 533-547, 2011.

DE OLIVEIRA JÚNIOR, M. L. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 4, p. 736-746, 2023.

DOYLE, D. M.; ENGELN, R. Body size moderates the association between gay community identification and body image disturbance. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v. 1, n. 3, p. 279-284, 2014.

FOGARTY, S. M.; WALKER, D. C. Twinks, Jocks, and Bears, Oh My! Differing subcultural appearance identifications among gay men and their associated eating disorder psychopathology. **Body Image**, v. 42, p. 126-135, 2022.

FREDERICK, D. A.; ESSAYLI, J. H. Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national US Studies. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 4, p. 336-351, 2016.

FREDERICK, D. A. *et al.* Pathways from sociocultural and objectification constructs to body satisfaction among women: The US Body Project I. **Body Image**, v. 41, p. 195-208, 2022.

FREDRICKSON, B. L.; ROBERTS, T. A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of Women Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 173-206, 1997.

GHORAYEB, D. B.; DALGALARRONDO, P. Homosexuality: Mental health and quality of life in a Brazilian socio-cultural context. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 496-500, 2011.

GREEN, M. *et al.* Eating disorder prevention: An experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. **Eating Disorders**, v. 13, n. 2, p. 157-169, 2005.

GRIFFITHS, S. *et al.* Relative strength of the associations of body fat, muscularity, height, and penis size dissatisfaction with psychological quality of life impairment among sexual minority men. **Psychology of Men & Masculinities**, v. 20, n. 1, p. 55-60, 2019.

GROGAN, S. **Body image**: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. 3th ed. London, UK: Routledge, 2016.

GROGAN, S. **Body image**: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children. 4 th ed. London, UK: Routledge, 2021.

GUEST, E. *et al.* The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. **Body Image**, v. 30, p. 10-25, 2019.

HALKITIS, P. N. An exploration of perceptions of masculinity among gay men living with HIV. **The Journal of Men's Studies**, v. 9, n. 3, p. 413-429, 2001.

HAMILTON, C. J.; MAHALIK, J. R. Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. **Journal of Counseling Psychology**, v. 56, n. 1, p. 132-141, 2009.

HE, J. *et al*. Body dissatisfaction and sexual orientations: A quantitative synthesis of 30 years research findings. **Clinical Psychology Review**, v. 81, p. 101896, 2020.

HUNT, C. J.; GONSALKORALE, K.; MURRAY, S. B. Threatened masculinity and muscularity: An experimental examination of multiple aspects of muscularity in men. **Body Image**, v. 10, n. 3, p. 290-299, 2013.

HUNT, C. J.; GONSALKORALE, K.; NOSEK, B. A. Links between psychosocial variables and body dissatisfaction in homosexual men: Differential relations with the drive for muscularity and the drive for thinness. **International Journal of Men's Health**, v. 11, n. 2, p. 127-136, 2012.

KARAZSIA, B. T.; MURNEN, S. K.; TYLKA, T. L. Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 3, p. 293-320, 2017.

KIMMEL, S. B.; MAHALIK, J. R. Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 73, n. 6, p. 1185-1190, 2005.

KOUSARI-RAD, P.; MCLAREN, S. The relationships between sense of belonging to the gay community, body image dissatisfaction, and self-esteem among Australian gay men. **Journal of Homosexuality**, v. 60, n. 6, p. 927-943, 2013.

LEBEAU, R. T.; JELLISON, W. A. Why get involved? Exploring gay and bisexual men's experience of the gay community. **Journal of Homosexuality**, v. 56, n. 1, p. 56-76, 2009.

LEVESQUE, M. J.; VICHESKY, D. R. Raising the bar on the body beautiful: An analysis of the body image concerns of homosexual men. **Body Image**, v. 3, n. 1, p. 45-55, 2006.

MCCREARY, D. R.; SASSE, D. K. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. **Journal of American College Health**, v. 48, n. 6, p. 297-304, 2000.

MORADI, B. Addressing gender and cultural diversity in body image: Objectification theory as a framework for integrating theories and grounding research. **Sex Roles**, v. 63, p. 138-148, 2010.

MORRISON, T. G. *et al*. Striving for bodily perfection? An overview of the drive for muscularity. In: KINDES, M. V. (Ed.). **Body image**: New research. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2006. p. 1-34.

NAGATA, J. M.; GANSON, K. T.; AUSTIN, S. B. Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 562-567, 2020.

NERINI, A. *et al*. Drive for muscularity and sexual orientation: Psychometric properties of the Italian version of the Drive for Muscularity Scale (DMS) in straight and gay men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 2, p. 137-146, 2016.

NOWICKI, G. P. *et al.* Body image and associated factors among sexual minority men: A systematic review. **Body Image**, v. 43, p. 154-169, 2022.

PARENT, M. C.; MORADI, B. His biceps become him: A test of objectification theory's application to drive for muscularity and propensity for steroid use in college men. **Journal of Counseling Psychology**, v. 58, n. 2, p. 246-256, 2011.

PATERNA, A. *et al*. Internalization of body shape ideals and body dissatisfaction: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 9, p. 1575-1600, 2021.

RODGERS, R. F. *et al*. Body image as a global mental health concern. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**, v. 10, p. e9, 2023.

RUIZ DE ASSIN VARELA, P. M.; CAPEROS, J. M.; GISMERO-GONZÁLEZ, E. Sexual attraction to men as a risk factor for eating disorders: The role of mating expectancies and drive for thinness. **Journal of Eating Disorders**, v. 10, n. 52, p. 1-10, 2022.

SANTOS, C. G. *et al.* Psychometric evaluation of the Drive for Muscularity Scale and the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 2, p. 989, 2023.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: As energias construtivas da psique. São Paulo, SP: Martins Fontes,1994.

SIMPSON, B. Assessing and understanding body image and bodysatisfaction in gay and bisexual men throughobjectification theory. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 39, n. 2, p. 598–610, 2024.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SOULLIARD, Z. A.; VANDER WAL, J. S. Measurement invariance and psychometric properties of three positive body image measures among cisgender sexual minority and heterosexual women. **Body Image**, v. 40, p. 146-157, 2022.

SOULLIARD, Z. A.; VANDER WAL, J. S. Validation of the Body Appreciation Scale-2 and relationships to eating behaviors and health among sexual minorities. **Body Image**, v. 31, p. 120-130, 2019.

THOMPSON, J. K. The (mis) measurement of body image: Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2004.

THURM, B. *et al*. Imagem corporal nos transtornos alimentares - conceitos, e abordagens das questões corporais. *In*: ALVARENGA, M. S.;DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. (Orgs.). **Transtornos alimentares e nutrição da prevenção ao tratamento**. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2020. p. 207-234.

TIGGEMANN, M.; MARTINS, Y.; KIRKBRIDE, A. Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2007.

TRAN, A. *et al.* "It's all outward appearance-based attractions": A qualitative study of body image among a sample of young gay and bisexual men. **Journal of Gay & Lesbian Mental Health**, v. 24, n. 3, p. 281-307, 2020.

TYLKA, T. L. Models of body image for boys and men. *In*: NAGATA, J. M. *et al*. (Eds). **Eating disorders in boys and men**. Berlim: Springer, 2021. p. 7-20.

TYLKA, T. L. Positive psychology perspectives on body image. *In*: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Eds). **Body image**: A handbook of science, practice, and prevention. New York, NY: The Guilford Press, 2011a. p. 56-64.

TYLKA, T. L.; ANDORKA, M. J. Support for an expanded tripartite influence model with gay men. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 57-67, 2012.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 12, p. 53-67, 2015b.

WISEMAN, M. C.; MORADI, B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. **Journal of Counseling Psychology**, v. 57, n. 2, p. 154-166, 2010.

WOOD, M. J. The gay male gaze: Body image disturbance and gender oppression among gay men. **Journal of Gay & Lesbian Social Services**, v. 17, n. 2, p. 43-62, 2004.

# CAPÍTULO 4

# TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

**Maurício Almeida**

**Pedro Henrique Berbert de Carvalho**

Os TAs têm sido caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação, o que resulta no consumo ou na absorção alterada dos alimentos, gerando um comprometimento significativo da saúde física ou do funcionamento psicossocial (APA, 2013). No DSM-5, os TAs estão subdivididos nas seguintes categorias: Pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, AN, BN, transtorno de compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado e transtorno alimentar não especificado (APA, 2013). A etiologia, classificações e critérios diagnósticos dos TAs podem ser visualizados no DSM-5[1] (APA, 2013), manual que está em consonância com o CID-11 (OMS, 2022).

Atualmente, os TAs têm sido visto como uma emergência em saúde pública; pois, as taxas de mortalidade estão entre as mais elevadas de todos os transtornos psiquiátricos (Hay *et al.*, 2023; Iwajomo *et al.*, 2021; Quadflieg *et al.*, 2019; Van Hoeken; Hoek, 2020; Ward *et al.*, 2019). Eles podem afetar pessoas independentemente das características sociodemográficas; contudo, disparidades têm sido encontradas em grupos socialmente marginalizados, como é o caso das minorias sexuais e de gênero (Burke *et al.*, 2023; Calzo *et al.*, 2017; Hazzard *et al.*, 2020; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Simone *et al.*, 2020). Os TAs apresentam um alto dismorfismo, incluindo aspectos da identidade de gênero e orientação afetivo-sexual (Burke *et al.*, 2023).

Resultados de um estudo representativo conduzido com a população americana (EUA; $n$ = 35.995) demostrou que as chances de experenciar uma AN, BN ou TCA é

1 A pretensão do presente capítulo não é descrever os critérios diagnósticos dos transtornos alimentares (TAs). Desse modo, sugere-se a leitura da 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2013).

de duas a quatro vezes maior em minorias sexuais e de gênero quando comparado à população de pessoas cisgênero e heterossexuais (Kamody; Grilo; Udo, 2020). Em geral, a prevalência de AN (1,71% *versus* 0,77%), BN (1,25% *versus* 0,24%) e TCA (2,17% *versus* 0,81%) foi maior em minorias sexuais e de gênero comparados às pessoas cisgênero e heterossexuais (Kamody; Grilo; Udo, 2020). Essa relação também tem sido observada em homens cisgênero gays/bissexuais, visto que, apresentam maior comportamento de risco para o desenvolvimento de TAs em comparação aos seus pares heterossexuais (Calzo *et al.*, 2017; Calzo *et al.*, 2019; Diemer *et al.*, 2015; Hazzard *et al.*, 2020; Nagata *et al.*, 2018; Simone *et al.*, 2020).

Os comportamentos de risco para o desenvolvimento dos TAs podem ser caracterizados por episódios de compulsão alimentar, comportamentos não saudáveis para controle do peso, incluindo vômito autoinduzido, jejum, pular refeições, uso de laxativos e/ou diuréticos voltado para perda de peso que são menos graves ou ocorrem em menor frequência àquela apontada pelo DSM-5 para o diagnóstico de um TA (Nagata *et al.*, 2018). É importante destacar que, dada a complexidade dos TAs, seu desenvolvimento é progressivo. Ou seja, o engajamento em comportamentos de risco, como os citados acima, são os primeiros indícios de um possível comprometimento alimentar (Smolak; Levine, 2015a).

Ao investigar esses comportamentos em uma amostra representativa de jovens adultos dos EUA (*n* = 14.322), Nagata *et al.* (2018), identificaram que homens com sobrepeso ou obesidade demonstraram maior comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs em comparação àqueles com baixo peso ou peso normal (15,4% *versus* 7,5%). Adicionalmente, a probabilidade de adotar esses comportamentos foi 1,62 vezes maior em homens gays/bissexuais quando comparado aos seus pares heterossexuais (Nagata *et al.*, 2018).

Nessa mesma perspectiva, Calzo *et al.* (2017) avaliaram os estudos publicados sobre os comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs entre os anos de 2011 e 2017, identificando que homens de minoria sexual exibem uma maior prevalência desses comportamentos, incluindo purgação, jejum, prática de dietas e uso de pílulas dietéticas (Calzo *et al.*, 2017). Não obstante, eles observaram que os homens de minoria sexual e de gênero também são mais susceptíveis a utilização de suplementos alimentares e drogas para aumentar a muscularidade, como os EAA (Calzo *et al.*, 2017).

Buscando confirmar esses achados em uma amostra representativa dos EUA (*n* = 322.687), Calzo *et al.* (2019) identificaram que homens cisgênero gays (*n* = 3.433) e bissexuais (*n* = 3.836) apresentaram uma prevalência elevada de comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs, incluindo jejum (≥ 20,6%), uso de pílulas dietéticas (≥ 13,3%), purgação via vômito autoinduzido ou pelo uso de laxativos (≥ 12,5%), bem como uma elevada prevalência do uso de EAA (≥ 12,4%). Em consonância com esses achados, Diemer *et al.* (2015) identificaram que homens cisgênero gays/bissexuais dos

EUA (*n* = 5.977) apresentaram uma taxa representativa de diagnóstico para TAs no último ano (2,06%), incluindo o uso elevado de pílulas dietéticas (4,16%) e a prática de vômitos autoinduzidos ou uso de laxativos (3,69%).

Ao investigar o risco para o desenvolvimento de TAs, bem como o diagnóstico prévio para essa psicopatologia, Hazzard *et al.* (2020) avaliaram uma amostra de homens cisgênero gays (*n* = 2.411) e bissexuais (*n* = 1.549) dos EUA. No estudo, eles identificaram que os homens cisgênero gays (2,82%) e bissexuais (2,22%) demonstram uma maior probabilidade de um resultado positivo no *Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF; Morgan; Reid; Lacey, 2000) em comparação aos seus pares heterossexuais (Hazzard *et al.*, 2020). Não obstante, homens cisgênero gays (3,83%) e bissexuais (2,61%) apresentaram uma maior probabilidade de um diagnóstico de TAs ao longo da vida em comparação aos homens heterossexuais (Hazzard *et al.*, 2020).

No estudo conduzido por Nagata *et al.* (2019), homens cisgênero gays/bissexuais apresentaram altos escores para o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn; Beglin, 1994), um dos instrumentos mais utilizados para avaliação dos sintomas de TAs. Por exemplo, 5,7% dos homens cisgênero gays dos EUA preencheram escores clinicamente significantes para a subescala de restrição do EDE-Q, 2,1% para preocupações com a comida, 10,5% para preocupações com o peso, 21,4% para a subescala de preocupações com a forma e 4,0% para o escore global da medida (Nagata *et al.*, 2020). Adicionalmente, 19,8%, 10,9%, 10,1%, 1,1% e 0,6% dos participantes apresentaram, respectivamente, restrição dietética, episódios de compulsão alimentar objetiva, prática de exercício excessivo, uso de laxativos e vômito autoinduzido nos últimos 28 dias (Nagata *et al.*, 2020).

Recentemente, as propriedades psicométricas (isto é, validade e confiabilidade) do EDE-Q foram avaliadas em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023). Os autores do estudo também apresentaram normas comunitárias para o escore total do EDE-Q. Assim, seguindo a sugestão de Nagata *et al.* (2019), um escore superior a 4 (o escore total do EDE-Q varia de 0 a 6) pode ser um indicativo de significância clínica para o desenvolvimento de TAs. Na amostra de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, aproximadamente 10% dos participantes apresentaram escores médios superiores a 4 (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023), percentual que foi superior àquele encontrado no estudo de Nagata *et al.* (2020) com homens cisgênero gays americanos (4%). Não obstante, os autores identificaram que os sintomas de TAs apresentaram uma associação positiva com os sintomas de DM, busca pela muscularidade, internalização da aparência ideal e auto objetificação, bem como demonstraram uma associação negativa com a apreciação corporal (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023). Salienta-se a necessidade de estudos que investiguem os comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais.

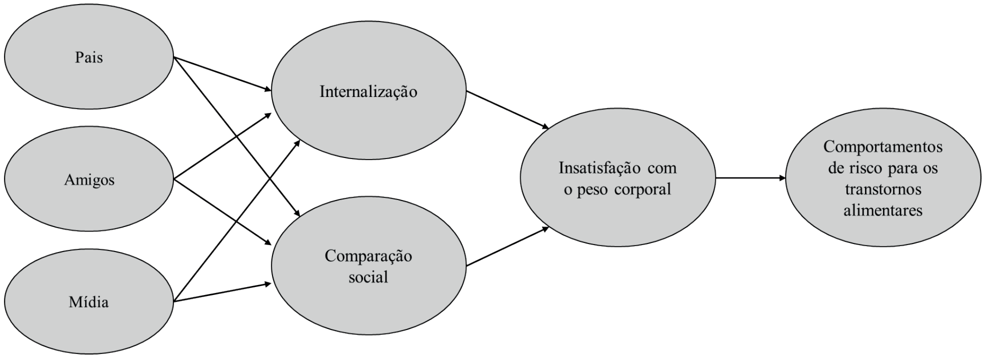
Buscando compreender os mecanismos que levariam as pessoas ao desenvolvimento de comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs, autores tem enfatizado o papel da perspectiva sociocultural (Thompson *et al*., 1999). Essa perspectiva tem como princípio geral a existência de uma aparência ideal que é determinada socioculturalmente. Esse ideal é transmitido e reforçado por diversos meios de comunicação, sendo que, uma vez internalizado, reconhecido e assimilado como o padrão a ser adotado, exerce forte influência, tanto no desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal quanto sobre a adoção de comportamentos de alteração da aparência e de risco para os TAs (Thompson *et al*., 1999).

Nesse contexto, a perspectiva sociocultural apresenta três premissas: (a) a existência de ideais de beleza determinados socioculturalmente; (b) a presença de fatores de influência socioculturais de transmissão e reforço destes ideais; e (c) a existência de aspectos mediadores entre os fatores de influência sociocultural e o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal e, consequentemente, o desenvolvimento de sintomas de TAs (Thompson *et al*., 1999). Essa perspectiva teórica tem sido testada em diversas populações por meio de modelos etiológicos, incluindo em homens cisgênero gays (Tylka; Andorka, 2012).

Atualmente, o modelo sociocultural mais conhecido e investigado é o "modelo de influência dos três fatores" desenvolvido por Thompson *et al*. (1999). Inicialmente, esse modelo foi desenvolvido para explicar o desenvolvimento de comportamentos de risco para os TAs em mulheres jovens (Figura 4). No modelo, a influência dos pais, amigos e mídia conduziram os sujeitos aos comportamentos de comparação social e internalização da aparência ideal. Estes, por sua vez, se relacionaram ao desenvolvimento da insatisfação com o peso corporal e essa, à adoção de comportamentos de risco para os TAs (Thompson *et al*., 1999). Os autores destacam que a comparação social indica que os sujeitos possuem um *drive*[2] natural para comparar suas competências, habilidades e características com as de outras pessoas (Thompson *et al*., 1999); enquanto a internalização da aparência ideal é um processo em que os sujeitos adotam o ideal de corpo criado e difundido socioculturalmente como seu próprio padrão e objetivo corporal (Thompson *et al*., 1999).

2 Na psicologia, o termo "drive" se refere a uma força motivacional interna que impulsiona um indivíduo a agir de maneira específica para satisfazer uma necessidade biológica ou psicológica.

Figura 4 – Modelo teórico de influência dos três fatores para mulheres

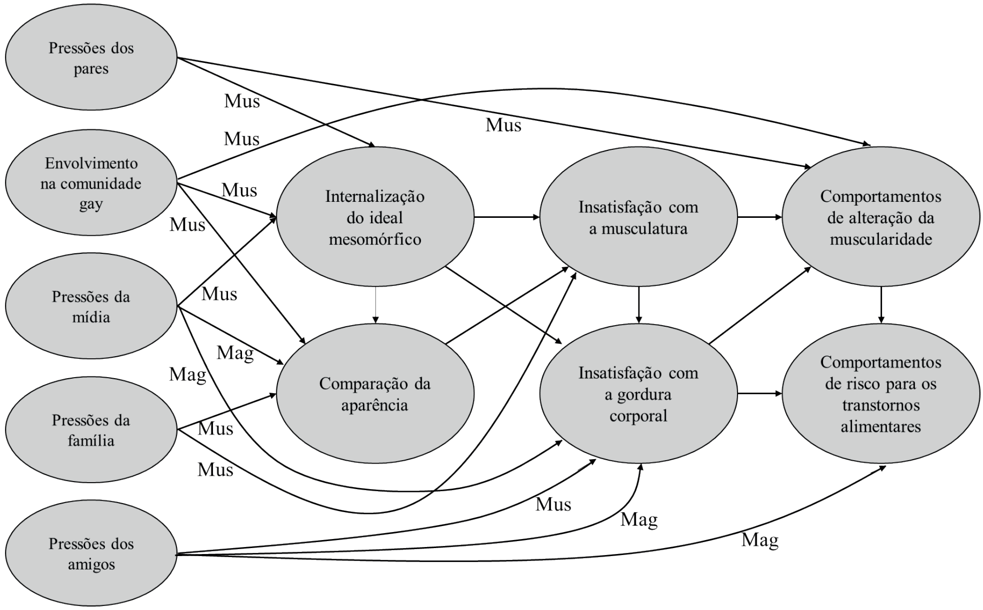



Fonte: Adaptado de Thompson *et al*. (1999).

Tradução: Os autores (2025).

Buscando compreender se o modelo de influência dos três fatores é uma perspectiva teórica robusta para explicar o desenvolvimento de comportamentos de risco para os TAs em homens de minoria sexual, Tylka e Andorka (2012) avaliaram uma versão ampliada desse modelo em homens gays ($n$ = 346) americanos (EUA) (Figura 5). Eles responderam uma série de instrumentos de autorrelato destinados à avaliação das principais variáveis incluídas no modelo teórico, como pressões da mídia, dos pais, amigos, par romântico, envolvimento na comunidade gay, internalização do ideal mesomórfico, comparação da aparência, insatisfação com a musculatura, insatisfação com a gordura corporal, comportamentos de alteração da aparência e comportamentos de risco para os TAs (Tylka; Andorka, 2012). Ressalta-se que para maior compreensão do modelo, os autores avaliaram separadamente as pressões pela muscularidade e magreza (Tylka; Andorka, 2012). Assim, para testar os caminhos (trajetórias hipotéticas causais) do modelo teórico, os autores utilizaram a técnica de modelagem de equações estruturais (Tylka; Andorka, 2012).

Figura 5 – Modelo de influência sociocultural para homens gays




Legenda: Mus = Pressões para a muscularidade; Mag = Pressões para a magreza.

Fonte: Adaptado de Tylka e Andorka (2012).

Tradução: Os autores (2025).

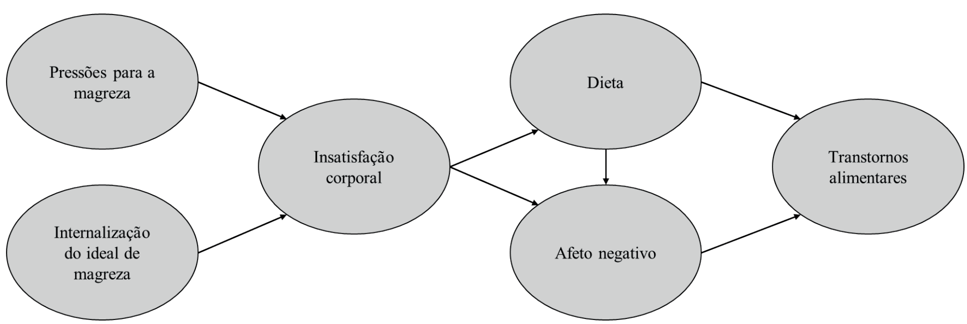
O envolvimento na comunidade gay, assim como as pressões da mídia e do parceiro romântico para a muscularidade se relacionaram diretamente com a internalização do ideal mesomórfico (Tylka; Andorka, 2012). O envolvimento na comunidade gay, as pressões da mídia e da família, bem como a internalização do ideal mesomórfico conduziram a comparação da aparência (Tylka; Andorka, 2012). As pressões da família para a muscularidade, a internalização do ideal mesomórfico e a comparação da aparência conduziram à insatisfação com a muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). As pressões dos amigos para ser magro e para a muscularidade, a internalização do ideal mesomórfico e a insatisfação com a muscularidade se relacionaram à insatisfação com a gordura corporal (Tylka; Andorka, 2012). O envolvimento na comunidade gay, as pressões dos pares para a muscularidade, a insatisfação com a muscularidade, a insatisfação com a gordura corporal conduziram aos comportamentos de alteração da muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). Por fim, as pressões dos amigos para ser magro, a insatisfação corporal e os comportamentos de alteração da muscularidade tiveram efeito sobre os comportamentos de risco para os TAs (Tylka; Andorka, 2012).

Além do modelo teórico apresentado, os autores buscaram compreender a interação entre as variáveis mediadoras (Tylka; Andorka, 2012). Assim, conduziram análises de mediação simples, com um *bootstrap* de 1000 reamostragens (Tylka; Andorka, 2012). Em

relação às pressões para a muscularidade, eles identificaram que a internalização do ideal mesomórfico mediou totalmente o relacionamento entre as variáveis de pressões da mídia, pressões dos pares, envolvimento na comunidade gay e as variáveis de insatisfação com a musculatura (Tylka; Andorka, 2012). A mesma mediação foi observada entre essas variáveis e a insatisfação com a gordura corporal. Por sua vez, a insatisfação com a muscularidade mediou totalmente o relacionamento entre as pressões da família, a internalização, a comparação da aparência e os comportamentos de alteração da muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). A insatisfação com a gordura corporal mediou totalmente o relacionamento entre as pressões dos amigos e a insatisfação com a muscularidade e gordura corporal, respectivamente (Tylka; Andorka, 2012). Ademais, a internalização também mediou totalmente o relacionamento entre o envolvimento na comunidade gay e a insatisfação com a muscularidade e gordura corporal (Tylka; Andorka, 2012).

Outro modelo teórico que tem buscado explicar o desenvolvimento dos TAs é o modelo de via dupla[3] (Figura 6), desenvolvido por Stice (1994) e avaliado, posteriormente, por Stice, Rohde e Shaw (2012). No modelo, as pressões para a magreza recebidas pelos fatores de influência sociocultural e a internalização do ideal de magreza conduziram a insatisfação corporal, que por sua vez, se relacionou à adoção de dietas restritivas e ao afeto negativo (Stice; Rohde; Shaw, 2012; Stice; Van Ryzin, 2019). Por fim, as dietas restritivas e o afeto negativo levaram ao desenvolvimento de sintomas de TAs em mulheres jovens (Stice; Rohde; Shaw, 2012; Stice; Van Ryzin, 2019).

Figura 6 – Modelo de via dupla para o desenvolvimento de transtornos alimentares




Fonte: Adaptado de Stice, Rohde e Shaw (2012).

Tradução: Os autores (2025).

Para o melhor do nosso conhecimento, o modelo de via dupla ainda não foi avaliado em homens de minoria sexual e de gênero. Contudo, intervenções com foco na redução da internalização da aparência ideal em homens de minoria sexual e de gênero identificou que a redução dessa variável foi responsável pela redução dos sintomas bulímicos pós-

3 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Dual-pathway model*.

intervenção (Brown; Keel, 2015). Assim, autores têm sugerido que modelos etiológicos para o desenvolvimento de TAs precisam levar em consideração a internalização da aparência ideal e a insatisfação corporal, visto que estes têm sido mediadores fundamentais para o desenvolvimento de patologias alimentares (Levine; Smolak, 2006; 2016; Smolak; Levine, 2015b; Stice; Van Ryzin, 2019). Assim, sugere-se que estudos futuros avaliem empiricamente o modelo de via dupla (Stice, 1994) em homens cisgênero gays/bissexuais.

Recentemente, os pressupostos teóricos do modelo de influência dos três fatores e do modelo de via dupla para o desenvolvimento de TAs foram confirmados em uma amostra de homens ($n$ = 479) americanos (EUA) cisgênero gays/bissexuais (Convertino *et al.*, 2021a). No estudo, os autores identificaram que as pressões da família, da mídia, dos pares e de outras pessoas significantes conduziram tanto a internalização do ideal de magreza, quanto a internalização do ideal de muscularidade. Por sua vez, a internalização do ideal de magreza conduziu à insatisfação com a magreza e com a muscularidade; e a internalização do ideal de muscularidade se relacionou com a insatisfação com a muscularidade (Convertino *et al.*, 2021a). Por fim, a insatisfação com a magreza levou à restrição dietética e a insatisfação com a muscularidade aos comportamentos de alteração da muscularidade (Convertino *et al.*, 2021a).

Evidencia-se entre os modelos prévios que avaliaram a população de homens cisgênero gays/bissexuais uma grande preocupação deste público em alcançar um corpo mesomórfico, ou seja, com uma adequada quantidade de músculos e, ao mesmo tempo, um baixo percentual de gordura corporal, visando alcançar maior definição corporal (Convertino *et al.*, 2021a; Tylka; Andorka, 2012). A idealização de um corpo mesomórfico, apresenta-se de maneira distinta aos TAs tradicionais, cujo foco tem sido a magreza (APA, 2013). Dessa forma, enquanto os homens podem apresentar sintomas de TAs tradicionais; recentemente, discute-se a etiologia dos “comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade”[4], caracterizados por atitudes e comportamentos rígidos em relação à alimentação com foco no ganho de massa muscular e redução da adiposidade corporal (Lavender; Brown; Murray, 2017; Messer *et al.*, 2023; Murray *et al.*, 2019; Murray; Griffiths; Mond, 2016; Nagata *et al.*, 2019).

Os homens que apresentam elevada incidência/prevalência de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade controlam excessivamente a quantidade de proteínas ingeridas, evitando o consumo de carboidratos e gorduras, visando a redução do percentual de gordura corporal e ganho de densidade (massa) muscular (Murray *et al.*, 2017; 2019). Ademais, comem mesmo sem a sensação física de fome apenas para atender as prescrições dietéticas e buscam sempre manter um acesso contínuo aos alimentos planejamentos previamente, caracterizando uma dieta extremamente rígida (Murray *et al.*, 2017; 2019). Evidencia-se também que, homens com elevada incidência/prevalência

4 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Muscularity-oriented disordered eating*.

de comportamentos de risco orientados à muscularidade costumam utilizar uma grande quantidade de suplementos alimentares e EAA (Nagata *et al.*, 2019).

Em um estudo conduzido com homens gays dos EUA ($n$ = 594), além da validação de um instrumento de autorrelato (isto é, *Muscularity-Oriented Eating Test* [Murray *et al.*, 2019]), os autores buscaram avaliar os comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade (Donahue *et al.*, 2022). Eles identificaram que esses comportamentos apresentaram uma associação positiva com a auto objetificação, assim como com os sintomas de TAs tradicionais, incluindo dietas restritivas, controle oral, sintomas bulímicos e preocupação com a comida (Donahue *et al.*, 2022). Ao comparar os escores médios dos homens gays incluídos no seu estudo ($M$ = 18,61; $DP$ = 13,88), com aqueles identificados no estudo de Murray *et al.* (2019), com homens ($n$ = 511) independentes da orientação afetivo sexual (Estudo 1; $n$ = 307; $M$ = 11,32; $DP$ = 10,50; Estudo 2; $n$ = 204; $M$ = 13,73; $DP$ = 10,62), Donahue *et al.* (2022) identificaram diferenças significantes entre as amostras ($p$ < 0,001). Os resultados sugerem que, assim como nos TAs tradicionais, homens de minoria sexuais e de gênero podem apresentar maior sintomatologia de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade. Sugere-se que estudos futuros avaliem as diferenças dos comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade entre homens de diferentes identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais.

Os homens com elevada incidência/prevalência de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade, geralmente, adotam um ciclo intermitente entre a busca pela densidade (massa) muscular e a busca por definição corporal (Murray *et al.*, 2017). Esse ciclo tem sido reconhecido como ciclo de "bulk/cut"; pois, caracteriza-se pela alternância entre comportamentos para ganhar (*bulk*) músculos e cortar (*cut*) gordura corporal (Murray *et al.*, 2017). Devido à similaridade, autores têm comparado o ciclo de "bulk/cut" em homens, aos ciclos de compulsão e purgação presentes em pacientes com BN (Murray *et al.*, 2017).

Discute-se também, as chamadas "refeições lixo"[5] ou "dias do lixo"[6] (Murray *et al.*, 2018; Pila *et al.*, 2017). Essa prática é caracterizada por períodos prolongados de restrição alimentar, nos quais adota-se uma dieta com baixo teor calórico, com alta ingestão de proteínas visando reduzir o percentual de gordura corporal e atribuir maior definição muscular, intercalando com "refeições lixo/dias do lixo" – refeições planejadas que compreendem um grande volume de calorias que seriam "proibidas" em refeições/dias normais (Murray *et al.*, 2018; Pila *et al.*, 2017).

Estudo de Pila *et al.* (2017) identificou milhares de postagens nas redes sociais associadas às "refeições lixo", descrevendo um volume de alimentos compatíveis com episódios de compulsão alimentar objetiva[7], incluindo alimentos com alto índice calórico,

5 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Cheat meals*.
6 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Cheat days*.
7 A compulsão alimentar objetiva envolve a perda de controle sobre o episódio de compulsão alimentar, bem como a ingestão de uma quantidade objetivamente grande de alimentos (Niego; Pratt; Agras, 1997).

variando de 1000 a 9000 quilocalorias (Pila *et al*., 2017). Ressalta-se que, os comentários associados a essas postagens estiveram associadas, principalmente, a três elementos: (a) uma perda de controle durante as “refeições lixo”; (b) a normalização de comer excessivamente durante as “refeições lixo”; e (c) a adesão estrita aos regimes de exercício físico e restrição alimentar fora dos episódios de “refeição lixo” (Pila *et al*., 2017). O conteúdo visual encontrado nas redes sociais das pessoas que exibiam essas postagens, na maioria das vezes, retratava corpos musculosos, sugerindo que essa prática alimentar pode estar ligada à busca pelo ideal mesomórfico (Pila *et al*., 2017).

A principal justificativa teórica para a utilização das “refeições lixo” é que, acredita-se que a ingestão esporádica de calorias compensa os efeitos metabólicos da restrição alimentar prolongada, mantendo um estado de cetose[8], bem como aumentando a velocidade de depredação de gordura corporal (Murray *et al*., 2018). Adicionalmente, essas refeições geralmente são ricas em carboidratos e gorduras, de modo que, a síntese desses macronutrientes fornece grande energia para aumentar/manter o volume e/ou intensidade dos exercícios físicos (por exemplo, musculação), prática muito comum em homens que adotam os comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade (Murray *et al*., 2018).

Estudo desenvolvido por Murray *et al*. (2018) com homens do Canadá identificou que o engajamento em “refeições lixo” foi diretamente associado aos sintomas tradicionais de TAs, incluindo os comportamentos de compulsão alimentar objetiva. Adicionalmente, os participantes destacaram alguns motivos para se engajarem em “refeições lixo”, sendo: (a) para ajudar a controlar os desejos psicológicos por comida; (b) para ajudar a controlar os desejos físicos por comida; (c) por terem sido permitidos a consumir alimentos que não fazem parte da dieta; (d) ajudar a manter um plano alimentar rígido; (e) como parte de um regime de condicionamento físico e exercício; (f) para melhorar o metabolismo; e (g) como parte de um plano alimentar (Murray *et al*., 2018). Em consonância com esses achados, estudo populacional desenvolvido por Ganson *et al*. (2022), identificou que entre os participantes do estudo, 60,9% já haviam praticado “refeições lixo” no último ano. Ademais, as “refeições lixo” apresentaram uma associação direta com os episódios de compulsão alimentar (Ganson *et al*., 2022).

Como evidenciado, os ciclos de “bulk/cult” e as “refeições lixo” apresentam-se associados não apenas às estratégias alimentares, mas também com a prática de exercício físico excessivo (Calzo *et al*., 2017; Murray *et al*., 2017). Desse modo, autores salientam que a DM parece ser o desfecho clínico final da associação entre ambos, comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade e exercício excessivo (Murray *et al*., 2017). As crenças e comportamentos adotados por indivíduos com TAs tem sido similares àqueles com DM (Murray *et al*., 2012). Contudo, enquanto nos TAs o foco da preocupação são os

8 A cetose é um processo metabólico caracterizado pela queima de gordura na produção de energia.

comportamentos alimentares, na DM essas preocupações assumem o segundo plano, com a prática de exercício físico, assumindo o panorama central (APA, 2013).

Observa-se que, assim como os TAs, a DM pode apresentar especificidades em relação a identidade de gênero e orientação afetivo-sexual (Compte *et al.*, 2022; Convertino *et al.*, 2022; Nagata *et al.*, 2021; 2022a; 2022b). Não obstante, compreendo que homens cisgênero gays/bissexuais apresentam elevada incidência/prevalência de sintomas de DM (Convertino *et al*., 2022; Nagata *et al*., 2021; 2022a; 2022b), as particularidades dessa psicopatologia nessa população serão apresentadas e discutidas no próximo capítulo.

## REFERÊNCIAS


APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM – 5)**. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

BROWN, T. A.; KEEL, P. K. A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. **Behaviour Research and Therapy**, v. 74, p. 1-10, 2015.

BURKE, N. L. *et al.* Socioeconomic status and eating disorder prevalence: At the intersections of gender identity, sexual orientation, and race/ethnicity. **Psychological Medicine**, v. 53, n. 9, p. 4255-4265, 2023.

CALZO, J. P. *et al*. Alcohol use and disordered eating in a US sample of heterosexual and sexual minority adolescents. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 58, n. 2, p. 200-210, 2019.

CALZO, J. P. *et al*. Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 49, p. 1-10, 2017.

COMPTE, E. J. *et al.* Psychometric evaluation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among gender-expansive people. **Journal of Eating Disorders**, v. 10, n. 95, p. 1-11, 2022.

CONVERTINO, A. D. *et al.* Integrating minority stress theory and the tripartite influence model: A model of eating disordered behavior in sexual minority young adults. **Appetite**, v. 163, p. 105204, 2021a.

CONVERTINO, A. D. *et al.* Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at risk sexual minority men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 12, p. 1765-1776, 2022.

DE OLIVEIRA JÚNIOR, M. L. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 4, p. 736-746, 2023.

DIEMER, E. W. *et al.* Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 2, p. 144-149, 2015.

DONAHUE, J. M. *et al.* Establishing initial validity and factor structure for the Muscularity-Oriented Eating Test in gay men. **Eating Behaviors**, v. 45, p. 101631, 2022.

FAIRBURN, C. G.; BEGLIN, S. J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 4, p. 363-370, 1994.

GANSON, K. T. *et al.* Characterizing cheat meals among a national sample of Canadian adolescents and young adults. **Journal of Eating Disorders**, v. 10, n. 113, p. 1-13, 2022.

HAY, P. *et al.* Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia - A rapid review. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 23, p. 1-46, 2023.

HAZZARD, V. M. *et al.* Disparities in eating disorder risk and diagnosis among sexual minority college students: Findings from the national Healthy Minds Study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 9, p. 1563-1568, 2020.

IWAJOMO, T. *et al.* Excess mortality associated with eating disorders: Population-based cohort study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 219, n. 3, p. 487-493, 2021.

KAMODY, R. C.; GRILO, C. M.; UDO, T. Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among US adults. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 2, p. 278-287, 2020.

LAVENDER, J. M.; BROWN, T. A.; MURRAY, S. B. Men, muscles, and eating disorders: An overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 32, p. 1-7, 2017.

LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. **The prevention of eating problems and eating disorders**: Theory, research, and practice. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2006.

LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. **Eating Disorders**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2016.

MESSER, M. *et al.* The independent contribution of muscularity-oriented disordered eating to functional impairment and emotional distress in adult men and women. **Eating Disorders**, v. 31, n. 2, p. 161-172, 2023.

MORGAN, J. F.; REID, F.; LACEY, J. H. The SCOFF questionnaire. **The Western Journal of Medicine**, v. 172, n. 3, p. 164, 2000.

MURRAY, S. B. *et al.* A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. **Body Image**,v. 9, n. 2, p. 193-200, 2012.

MURRAY, S. B. *et al.* Cheat meals: A benign or ominous variant of binge eating behavior? **Appetite**, v. 130, p. 274-278, 2018.

MURRAY, S. B. *et al.* The development and validation of the Muscularity-Oriented Eating Test: A novel measure of muscularity-oriented disordered eating. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 12, p. 1389-1398, 2019.

MURRAY, S. B. *et al.* The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. **Clinical Psychology Review**, v. 57, p. 1-11, 2017.

MURRAY, S. B.; GRIFFITHS, S.; MOND, J. M. Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. **The British Journal of Psychiatry**, v. 208, n. 5, p. 414-415, 2016.

NAGATA, J. M. *et al.* Appearance and performance-enhancing drugs and supplements (APEDS): Lifetime use and associations with eating disorder and muscle dysmorphia symptoms among cisgender sexual minority people. **Eating Behaviors**, v. 44, p. 101595, 2022a.

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among cisgender gay men. **European Eating Disorders Review**, v. 28, n. 1, p. 92-101, 2020.

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender sexual minority men and women. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 297, p. 1-9, 2021.

NAGATA, J. M. *et al.* Predictors of muscularity-oriented disordered eating behaviors in US young adults: A prospective cohort study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 12, p. 1380-1388, 2019.

NAGATA, J. M. *et al.* Prevalence and correlates of disordered eating behaviors among young adults with overweight or obesity. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 8, p. 1337-1343, 2018.

NAGATA, J. M. *et al.* Psychometric validation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among US transgender men. **Body Image**, v. 42, p. 43-49, 2022b.

NIEGO, S. H.; PRATT, E. M.; AGRAS, W. S. Subjective or objective binge: Is the distinction valid?. **International Journal of Eating Disorders**, v. 22, n. 3, p. 291-298, 1997.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 2022. Disponível em: https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-. Acesso em: 02 jan 2023.

PILA, E. *et al.* A thematic content analysis of #cheatmeal images on social media: Characterizing an emerging dietary trend. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 6, p. 698-706, 2017.

QUADFLIEG, N. *et al.* Mortality in males treated for an eating disorder—a large prospective study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 12, p. 1365-1369, 2019.

SIMONE, M. *et al.* Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 4, p. 513-524, 2020.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Body image, disordered eating, and eating disorders: Connections and disconnects. *In*: SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. (Eds.). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd, 2015a. p. 1-10.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Toward an integrated biopsychosocial model of eating disorders. *In*: SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. (Eds.). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. New Jersey, NY: John Wiley & Sons, Ltd, 2015b. p. 929-941.

STICE, E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychology Review**, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STICE, E.; ROHDE, P.; SHAW, H. **The body project**: A dissonance-based eating disorder prevention intervention. New York, NY: Oxford University Press, 2012.

STICE, E.; VAN RYZIN, M. J. A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 128, n. 2, p. 119-128, 2019.

THOMPSON, J. K. *et* al. **Exacting beauty**: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: APA, 1999.

TYLKA, T. L.; ANDORKA, M. J. Support for an expanded tripartite influence model with gay men. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 57-67, 2012.

VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 521-527, 2020.

WARD, Z. J. *et al.* Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 10, p. e1912925, 2019.

# DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

**Maurício Almeida**

**Pedro Henrique Berbert de Carvalho**

A DM apresenta-se no DSM-5 como um especificador do TDC, sendo descrita no capítulo de Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados (APA, 2013). O TDC é marcado por uma preocupação intensa em relação à percepção de um ou mais defeitos ou imperfeições na aparência física[1]. Esses defeitos podem não ser visíveis ou serem apenas leves aos olhos de outras pessoas. Isso leva a uma série de pensamentos e comportamentos repetitivos em resposta a essas preocupações (APA, 2013). Não obstante, essas preocupações geram sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo (APA, 2013). Especificamente, no caso da DM, os indivíduos estão preocupados com a ideia de que o seu corpo é pequeno ou insuficientemente magro ou muscular[2]; quando, na verdade, têm uma aparência corporal normal ou são ainda mais musculosos (APA, 2013).

O DSM-5 apresenta três aspectos centrais para o diagnóstico de DM, a saber, intolerância em relação à aparência, busca pelo tamanho e comprometimento funcional (APA, 2013). No caso da intolerância em relação à aparência, os sujeitos apresentam preocupações excessivas com a musculatura e/ou gordura corporal. Essas preocupações podem ser intrusivas, indesejadas, tomam tempo e, geralmente, são difíceis de resistir ou controlar (APA, 2013). Na busca pelo tamanho, os sujeitos adotam uma série de comportamentos repetitivos ou atos mentais excessivos (por exemplo, comparações) em

1 No caso do transtorno dismórfico corporal – TDC, as preocupações com a aparência não são mais bem explicadas apenas pela preocupação com a gordura, peso e forma corporal, cuja os sintomas integram os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares (APA, 2013).
2 O TDC especifica-se em dismorfia muscular (DM) mesmo que o indivíduo apresente preocupações com outras áreas corporais, o que acontece com frequência (APA, 2013).

resposta às preocupações. Usualmente, esses comportamentos não são prazerosos e podem aumentar a ansiedade e disforia; ademais, tomam tempo e são difíceis de resistir ou controlar (APA, 2013). Entre os principais comportamentos experenciados por pessoas com DM, destacam-se a comparação da aparência, verificação do corpo constantemente em superfícies refletoras e espelhos, realização de dietas, prática de exercício físico de maneira excessiva e uso/abuso de substâncias (por exemplo, EAA)[3]. Por fim, as preocupações em relação à aparência corporal geram um sofrimento clinicamente significativo, ou um prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida dos indivíduos (APA, 2013). Essas preocupações podem gerar esquivas de situações sociais, ou em caso mais extremos até o confinamento em sua residência (APA, 2013). Em alguns casos, os indivíduos podem experimentar comprometimento em seu trabalho (por exemplo, faltas injustificadas), desempenho acadêmico (por exemplo, faltas à escola/universidade) ou em papéis sociais (por exemplo, pai, mãe ou cuidador) (APA, 2013).

Originalmente, a DM foi descrita em um estudo clássico desenvolvido por Pope Jr., Katz e Hudson (1993) com homens fisiculturistas. No estudo, eles identificaram que, entre os participantes (108 homens), três apresentavam um diagnóstico prévio de AN e nove apresentavam sintomas de uma nova psicopatologia, nomeada pelos autores de "anorexia reversa", devido à natureza reversa, mas análoga dos sintomas (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Por exemplo, na "anorexia reversa" os homens acreditavam que eles eram pequenos ou fracos, mesmo sendo grandes e musculosos, enquanto na AN a ênfase era um corpo pequeno e magro (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Homens com essa nova psicopatologia apresentavam um comportamento rígido em relação à alimentação (dieta hiperprotéica e hipercalórica), enquanto pacientes com AN se recusavam a se alimentar (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Ademais, homens com "anorexia reversa" estavam engajados na prática de exercício físico com a finalidade de aumentar a massa muscular, enquanto àqueles com AN realizavam exercício físico para perda/controle do peso corporal (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Finalmente, em ambas as psicopatologias se evidenciou a insatisfação corporal, sendo que, na "anorexia reversa" o foco da insatisfação foi a muscularidade e na AN a magreza (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993).

Posteriormente, Pope Jr *et al*. (1997) renomearam a "anorexia reversa", descrevendo-a como DM; pois, acreditavam que as pessoas com DM tendem a focar primariamente na prática de exercício físico, sendo os padrões alimentares patológicos o foco secundário e/ou uma característica desnecessária dessa psicopatologia (Pope Jr *et al*., 1997). Essa ideia iria de encontro ao TAs, cujo foco central é primariamente os padrões alimentares patológicos, sendo os padrões patológicos de exercício físico um sintoma secundário que poderia ou não acompanhar a manifestação central dessa psicopatologia (Pope Jr *et al*., 1997). Assim, no estudo, os autores apresentaram os primeiros critérios

3 Comumente, esses são os sintomas apresentados por indivíduos diagnosticados com DM. Contudo, algumas pessoas apresentam um ou outro sintoma, ou todos eles.

diagnósticos para essa psicopatologia, sendo: (a) preocupação excessiva com um ou mais aspectos da aparência que a pessoa julga defeituosa, ou com um defeito imaginário; (b) a preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes na vida do indivíduo; e (c) a preocupação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como, por exemplo, a insatisfação com a forma e o tamanho corporal evidenciados em pacientes com AN (Pope Jr *et al.*, 1997). Diante do exposto, é notório que os estudos desenvolvidos por Pope Jr, Katz e Hudson (1993) e Pope Jr. *et al.* (1997) contribuíram para a classificação da DM como um TDC no DSM-5 (APA, 2013).

Desde a sua descoberta como "anorexia reversa", a DM tem gerado conflitos em relação a sua categoria diagnóstica, com uma ausência de consenso entre pesquisadores, o que tem prejudicado o desenvolvimento de novos estudos, assim como a prática clínica (Murray *et al.*, 2010). Nas últimas duas décadas, diversos autores acreditam que essa psicopatologia apresenta um status nosológico semelhante aos TAs e defendem que ela seja analisada sobre esse prisma (Badenes-Ribera *et al.*, 2019; Goodale; Lou Watkins; Cardinal, 2001; Murray *et al.*, 2010; Murray *et al.*, 2012; Murray *et al.*, 2017).

É possível observar que pacientes com DM apresentam comportamentos obsessivos-compulsivos centrados no treinamento físico e na realização de uma alimentação extremamente rígida (isto é, comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade), comportamentos semelhantes àqueles com AN (Murray *et al.*, 2012). Adicionalmente, pessoas que buscam patologicamente uma aparência hipermusculosa têm endossado um perfil psicológico semelhante aos pacientes com TAs, incluindo um elevado perfeccionismo, traços obsessivos e anedóticos, bem como sustentam uma elevada preocupação com a imagem corporal, com o comportamento alimentar e a prática de exercício físico (Davis; Scott-Robertson, 2000; Mangweth *et al.*, 2001; Murray *et al.*, 2012).

O não reconhecimento da DM como um dos subtipos de TAs foi, parcialmente, devido a assunção de que as patologias alimentares eram apenas secundárias nessa psicopatologia; embora, o critério diagnóstico inicial desse transtorno faz referências contundentes aos comportamentos alimentares transtornados, como, por exemplo, a atenção excessiva à dieta e a necessidade compulsiva de manter seu planejamento dietético (Pope Jr *et al.*, 1997). Contudo, estudos posteriores têm documentado elevados níveis de distúrbios alimentares em homens com DM (Badenes-Ribera *et al.*, 2019), incluindo o fato de que a sintomatologia de DM pode evoluir como um resultado exclusivo da prática alimentar, independente do *status* de exercício físico (Murray; Rieger; Touyz, 2011).

Como mencionado, homens com DM têm apresentado elevados escores de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade, incluindo um cálculo rígido de calorias, assim como o engajamento em um plano alimentar desbalanceado, com a ingestão de uma grande quantidade de proteínas e reduzida ingestão de carboidratos e gorduras (Cooper *et al.*, 2020). Quando não conseguem aderir a esse regime alimentar

esses homens sentem-se culpados e estressados (Cooper *et al.*, 2020). Ademais, desviar-se desse planejamento frequentemente resulta em uma maior ansiedade física e social, assim como em tentativas imediatas de compensação (por exemplo, exercício excessivo), característica semelhante aos pacientes com AN, indicando que os comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade podem ser uma manifestação primária da DM, sendo o exercício excessivo uma manifestação complementar (Murray *et al.*, 2010; 2017). Autores acreditam que a DM parece ser o desfecho clínico final da associação entre ambos, comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade e exercício excessivo (Murray *et al.*, 2017).

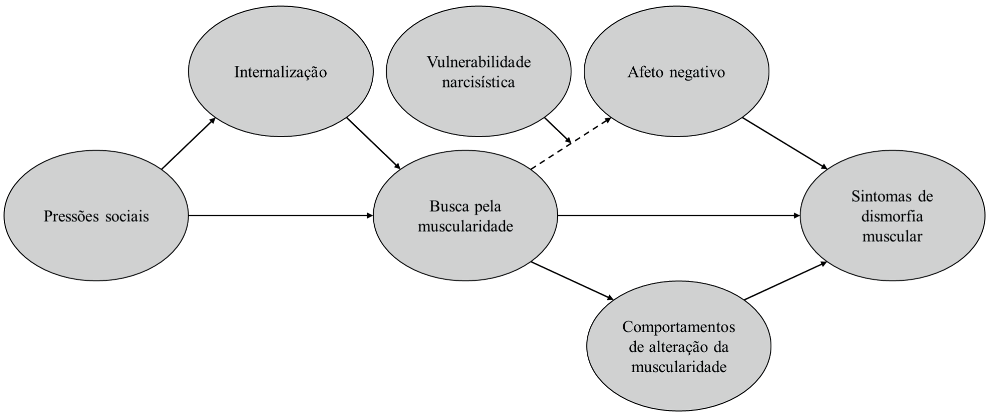
Em um estudo clássico, Murray *et al.* (2012) comparou o perfil sintomático da DM e da AN em homens de diferentes países, incluindo Austrália, EUA, Reino Unido e Singapura. Dessa forma, foram incluídos 21 homens com DM, 24 com AN e 15 praticantes de musculação sem nenhuma dessas psicopatologias (Murray *et al.*, 2012). Esses homens responderam instrumentos de autorrelato com adequados indicadores de validade e confiabilidade, incluindo o EDE-Q (Fairburn; Beglin, 1994), o *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory* (MDDI; Hildebrandt; Langenbucher; Schlundt, 2004), o *Compulsive Exercise Test* (CET; Taranis; Touyz; Meyer, 2011) e uma medida para avaliar o uso de substâncias relacionadas à aparência (Murray *et al.*, 2012). Homens com DM e AN não apresentaram diferenças significantes em relação às preocupações com o peso e a forma corporal (Murray *et al.*, 2012). Ademais, diferenças em relação à intolerância em relação à aparência e o comprometimento funcional não foram observadas entre os homens com DM e AN. Em relação aos sintomas de DM, a única diferença significante observada entre os grupos, foi na variável de busca pelo tamanho, na qual, homens com DM apresentaram escores superiores e significantes àqueles com AN (Murray *et al.*, 2012). Esses resultados sugerem que, embora a aparência ideal almejada por homens com DM e AN seja diferente, essas psicopatologias podem ser conceitualmente similares[4] (Murray *et al.*, 2012).

Compreendendo as similaridades clínicas entre os sintomas de DM e de TAs, Bégin, Turcotte, Rodrigue (2019) propuseram a avaliação de uma versão adaptada do modelo de via dupla para o desenvolvimento de TAs (Stice, 1994) em uma amostra não-clínica de homens canadenses ($n$ = 386). No presente modelo, diferente daquele proposto por Stice (1994), a variável dependente foi a DM (Figura 7). Os autores observaram um efeito indireto significante entre as pressões relacionadas à aparência e a busca pela muscularidade via internalização do ideal mesomórfico, assim como entre a busca pela muscularidade e os sintomas de DM via comportamentos de alteração da muscularidade (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). O efeito indireto entre a busca pela muscularidade e os sintomas de DM via afeto negativo não foi significante (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). Desse modo,

4 O presente estudo não tem a pretensão de defender a inclusão da DM em determinada categoria diagnóstica, apenas destacar que essa psicopatologia apresenta uma associação positiva e significante com os TAs. Adicionalmente, revisões sistemáticas destacam que a DM é uma apresentação clinicamente válida; contudo, as evidências disponíveis até o momento não permitem a sua categorização de maneira precisa (Cooper *et al.*, 2020; Dos Santos Filho *et al.*, 2016).

os autores optaram por incluir a vulnerabilidade narcisística como um moderador entre a busca pela muscularidade e o afeto negativo, o que adicionou relevante explicação ao modelo teórico (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). O presente modelo teórico explicou 64% da variância nos sintomas de DM (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019).

Figura 7 – Modelo de via dupla adaptado para os sintomas de dismorfia muscular




Fonte: Adaptado de Bégin, Turcotte e Rodrigue (2019).

Tradução: Os autores (2025).

Para o melhor do nosso conhecimento, ainda não foram propostos modelos etiológicos para o desenvolvimento de DM em homens de minoria sexual e de gênero. Contudo, o desenvolvimento e a avaliação de modelos teóricos nessa população é uma necessidade emergente e indispensável, visto que, homens de minorias sexuais e de gênero têm apresentado uma maior incidência/prevalência de sintomas de DM comparados aos seus pares heterossexuais (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Duggan; Mccreary, 2004; Kaminski *et al*., 2005; Nerini *et al*., 2016; Schmidt *et al*., 2022; Strübel; Petrie, 2019).

Até o momento, o modelo de influência dos três fatores adaptado por Tylka e Andorka (2012), parece ser a perspectiva teórica mais robusta para o desenvolvimento dos sintomas de TAs em homens gays. Dessa maneira, buscando compreender se alguns pressupostos teóricos desse modelo se aplicariam aos sintomas de DM, Convertino *et al*. (2022) conduziram um estudo com homens de minoria sexual e de gênero dos EUA ($n$ = 452). No estudo, os autores identificaram que uma maior internalização do ideal mesomórfico e uma menor internalização do ideal de magreza apresentaram uma associação significante com a variável de busca pelo tamanho (Convertino *et al*., 2022). Uma maior internalização do ideal mesomórfico e do ideal de magreza apresentaram uma associação significante com a variável de intolerância relacionada à aparência (Convertino *et al*., 2022). Uma maior internalização do ideal mesomórfico foi associada a um maior comprometimento funcional (Convertino *et al*., 2022). Por fim, ou autores verificaram que

a interação entre a internalização do ideal mesomórfico e de magreza apresentaram uma associação significante com as variáveis de busca pelo tamanho e comprometimento funcional (Convertino *et al*., 2022).

O estudo de Convertino *et al*. (2022) oferece evidências iniciais de que a internalização da aparência ideal, assim como nos TAs, parece ser um mediador importante para o desenvolvimento dos sintomas de DM em minorias sexuais e de gênero. Em amostras brasileiras de homens cisgênero gays/bissexuais, a internalização da aparência ideal apresentou uma associação positiva com os sintomas de DM (De Oliveira Júnior *et al*., 2023; Santos *et al*., 2023). Contudo, a natureza desses estudos não permite a realização de inferências causais; assim, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos buscando compreender os principais mediadores para o desenvolvimento dos sintomas de DM em homens cisgênero gays/bissexuais.

Revisão sistemática com metanálise desenvolvida por Mitchell *et al*. (2017), investigou os principais aspectos psicológicos associados à DM, identificando que os sintomas dessa psicopatologia estiveram associados a uma maior ansiedade física e social, sintomas depressivos, neuroticismo, perfeccionismo, assim como, apresentaram uma relação inversa com a autoestima. Em homens cisgênero gays/bissexuais, essa associação parece não ser diferente. Por exemplo, estudo conduzido por Chaney *et al*. (2008), identificou que os sintomas de DM nessa população ($n$ = 314) estiveram associados a uma menor autoestima e a um maior sentimento de solidão. Adicionalmente, homens com maior prevalência de sintomas de DM apresentaram uma menor autoestima e maior sentimento de solidão em comparação àqueles com uma reduzida prevalência dessa psicopatologia (Chaney, 2008). Não obstante, entre os participantes do estudo, os autores identificaram uma prevalência de sintomas de DM de aproximadamente 18,1%, percentual que é superior ao encontrado em homens universitários independente da orientação afetivo-sexual (5,9%; Bo *et al*., 2014), fisiculturistas independentes da orientação afetivo-sexual (8,4%; Pope Jr; Katz; Hudson, 1993) e homens com TDC (9,8%; Pope Jr *et al*., 1997).

Buscando investigar a natureza e severidade dos sintomas de DM em homens cisgênero gays, Nagata *et al*. (2021) propuseram o estabelecimento de normas comunitárias para o MDDI, um dos principais instrumentos para avaliação da DM. Levando em consideração o ponto de corte sugerido na literatura para o escore total do MDDI (≥ 39) (Gorrasi *et al*., 2020; 2022), na amostra de Nagata *et al*. (2021) ($n$ = 1090), aproximadamente 10% dos homens investigados apresentaram-se em alto risco para o desenvolvimento da DM. É possível realizar algumas comparações entre o estudo de Nagata *et al*. (2021) e um estudo recente conduzido com uma amostra de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais ($n$ = 705) (Santos *et al*., 2023). Por exemplo, os escores médios encontrados no estudo de Santos *et al*. (2023) para a subescala de busca pelo tamanho (13,6 *versus* 9,9) e comprometimento funcional (7,5 *versus* 6,1) foram superiores àqueles encontrados por Nagata *et al*. (2021). Contudo, para a subescala de intolerância em relação à aparência,

os valores médios do estudo de Santos *et al.* (2023) foram inferiores (10,7 *versus* 11,5) se comparados aos de Nagata *et al.* (2021).

Além de avaliar as propriedades psicométricas do MDDI para a população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, Santos *et al.* (2023) identificou que os sintomas de DM nessa população estão associados a diversos construtos. Por exemplo, eles identificaram uma associação positiva dos sintomas de DM com as variáveis de auto objetificação, objetificação dos pares, internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade e sintomas de TAs (Santos *et al.*, 2023). Ademais, identificaram também uma associação negativa entre os sintomas de DM e a apreciação corporal (Santos *et al.*, 2023). Embora o estudo de Santos *et al.* (2023) ofereça informações iniciais sobre a DM em amostras brasileiras de homens cisgênero gays/bissexuais, novos estudos são necessários visando identificar o *status* nosológico da DM nessa população.

Como evidenciado, homens cisgênero gays/bissexuais apresentam uma elevada incidência/prevalência de sintomas de DM (Convertino *et al.*, 2022; Nagata *et al.*, 2021; 2022a; 2022b). Esses sintomas apresentam-se associados a uma série de desfechos negativos para a saúde e qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico e social desses indivíduos (APA, 2013). Não obstante, evidências advindas de estudos longitudinais apontam que os sintomas de DM estariam relacionados a uma maior ideação suicida (Grunewald; Troop-Gordon; Smith, 2022). Nessa conjectura, uma prioridade em saúde pública deve ser o desenvolvimento e/ou adaptação de intervenções preventivas para redução dos sintomas de DM em homens cisgênero gays/bissexuais (Sandgren; Lavallee, 2023).

## REFERÊNCIAS


APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM – 5)**. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

BADENES-RIBERA, L. *et al.* The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Behavioral Addictions**, v. 8, n. 3, p. 351-371, 2019.

BÉGIN, C.; TURCOTTE, O.; RODRIGUE, C. Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a non-clinical sample of men. **Psychiatry Research**, v. 272, p. 319-325, 2019.

BO, S. *et al.* University courses, eating problems and muscle dysmorphia: Are there any associations? **Journal of Translational Medicine**, v. 12, n. 221, p. 1-8, 2014.

BOROUGHS, M. S.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. **Sex Roles**, v. 63, p. 725-737, 2010.

CHANEY, M. P. Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. **International Journal of Men's Health**, v. 7, n. 2, p. 157-170, 2008.

COOPER, M. *et al.* Muscle dysmorphia: A systematic and meta-analytic review of the literature to assess diagnostic validity. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 10, p. 1583-1604, 2020.

CONVERTINO, A. D. *et al.* Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at risk sexual minority men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 12, p. 1765-1776, 2022.

DAVIS, C.; SCOTT-ROBERTSON, L. A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: Body shape ideals in the extreme. **Eating Behaviors**, v. 1, n. 1, p. 33-46, 2000.

DE OLIVEIRA JÚNIOR, M. L. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 4, p. 736-746, 2023.

DOS SANTOS FILHO, C. A. *et al.* Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 4, p. 322-333, 2016.

DUGGAN, S. J.; MCCREARY, D. R. Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. **Journal of Homosexuality**, v. 47, n. 3-4, p. 45-58, 2004.

FAIRBURN, C. G.; BEGLIN, S. J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 4, p. 363-370, 1994.

GOODALE, K. R.; LOU WATKINS, P.; CARDINAL, B. J. Muscle dysmorphia: A new form of eating disorder? **American Journal of Health Education**, v. 32, n. 5, p. 260-266, 2001.

GORRASI, I. S. R. *et al.* Traits of orthorexia nervosa and muscle dysmorphia in Italian university students: A multicentre study. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 25, p. 1413-1423, 2020.

GORRASI, I. S. R. *et al.* Use of online and paper-and-pencil questionnaires to assess the distribution of orthorexia nervosa, muscle dysmorphia and eating disorders among university students: Can different approaches lead to different results? **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 27, p. 989-999, 2022.

GRUNEWALD, W.; TROOP-GORDON, W.; SMITH, A. R. Relationships between eating disorder symptoms, muscle dysmorphia symptoms, and suicidal ideation: A random intercepts cross-lagged panel approach. **International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 12, p. 1733-1743, 2022.

HILDEBRANDT, T.; LANGENBUCHER, J.; SCHLUNDT, D. G. Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. **Body Image**, v. 1, n. 2, p. 169-181, 2004.

KAMINSKI, P. L. *et al.* Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. **Eating Behaviors**, v. 6, n. 3, p. 179-187, 2005.

MANGWETH, B. *et al.* Body image and psychopathology in male bodybuilders. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 70, n. 1, p. 38-43, 2001.

MITCHELL, L. *et al.* Muscle dysmorphia symptomatology and associated psychological features in bodybuilders and non-bodybuilder resistance trainers: A systematic review and meta-analysis. **Sports Medicine**, 47, n. 2, p. 233-259, 2017.

MURRAY, S. B. *et al.* A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. **Body Image**,v. 9, n. 2, p. 193-200, 2012.

MURRAY, S. B. *et al*. Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 6, p. 483-491, 2010.

MURRAY, S. B. *et al.* The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. **Clinical Psychology Review**, v. 57, p. 1-11, 2017.

MURRAY, S. B.; RIEGER, E.; TOUYZ, S. W. Muscle dysmorphia symptomatology during a period of religious fasting: A case report. **European Eating Disorders Review**, v. 19, n. 2, p. 162-168, 2011.

NAGATA, J. M. *et al.* Appearance and performance-enhancing drugs and supplements (APEDS): Lifetime use and associations with eating disorder and muscle dysmorphia symptoms among cisgender sexual minority people. **Eating Behaviors**, v. 44, p. 101595, 2022a.

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender sexual minority men and women. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 297, p. 1-9, 2021.

NAGATA, J. M. *et al.* Psychometric validation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among US transgender men. **Body Image**, v. 42, p. 43-49, 2022b.

NERINI, A. *et al*. Drive for muscularity and sexual orientation: Psychometric properties of the Italian version of the Drive for Muscularity Scale (DMS) in straight and gay men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 2, p. 137-146, 2016.

POPE JR, H. G. *et al.* Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v. 38, n. 6, p. 548-557, 1997.

POPE JR, H. G.; KATZ, D. L.; HUDSON, J. I. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. **Comprehensive Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 406-409, 1993.

SANDGREN, S. S.; LAVALLEE, D. Intervention development for people with muscle dysmorphia symptoms: Best practice and future recommendations. **Journal of Loss and Trauma**, v. 28, n. 4, p. 315-326, 2023.

SANTOS, C. G. *et al.* Psychometric evaluation of the Drive for Muscularity Scale and the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 2, p. 989, 2023.

SCHMIDT, M. *et al.* Body image disturbance and associated eating disorder and body dysmorphic disorder pathology in gay and heterosexual men: A systematic analyses of cognitive, affective, behavioral und perceptual aspects. **PLoS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0278558, 2022.

STICE, E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychology Review**, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STRÜBEL, J.; PETRIE, T. A. Appearance and performance enhancing drug usage and psychological well-being in gay and heterosexual men. **Psychology & Sexuality**, v. 10, n. 2, p. 132-148, 2019.

TARANIS, L.; TOUYZ, S.; MEYER, C. Disordered eating and exercise: Development and preliminary validation of the Compulsive Exercise Test (CET). **European Eating Disorders Review**, v. 19, n. 3, p. 256-268, 2011.

TYLKA, T. L.; ANDORKA, M. J. Support for an expanded tripartite influence model with gay men. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 57-67, 2012.

**MAURÍCIO ALMEIDA -** Doutor e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV). Realizou estágio de Doutorado na *Auburn University*, em Auburn, Alabama (EUA). Possui especializações em Docência no Ensino Superior, Mídias na Educação, Educação e Novas Tecnologias, Neuropsicopedagogia Clínica e Institucional, Atividade Física para Grupos Especiais, Psicomotricidade, Psicologia do Esporte e do Exercício e Esportes e Atividades Físicas Inclusivas para Pessoas com Deficiência. Além disso, possui MBA em Pilates, Gestão e Marketing. É graduado em Licenciatura em Educação Física, Pedagogia e Sociologia, bem como bacharel em Educação Física. Atua como membro do Núcleo de Pesquisa em Desempenho Esportivo, Esportes de Combate, Lutas e/ou Artes Marciais (DECLAM/CNPq), Núcleo Interprofissional de Estudos e Pesquisa em Imagem Corporal e Transtornos Alimentares (NICTA/UFJF/CNPq), Núcleo Corpo e Diversidade (LABESC/CNPq), Núcleo de Pesquisa e Ensino do Programa de Transtornos Alimentares do AMBULIM (NUPE/AMBULIM/USP) e do *AppearanCe Concerns, Eating, Prevention, Treatment* (ACCEPT) *Lab* (EUA). Atualmente, desempenha funções de gestor educacional, professor, pesquisador, palestrante e orientador educacional.

**PEDRO HENRIQUE BERBERT DE CARVALHO -** Doutor em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (Área de Concentração: Aspectos Psicossociais em Saúde). Mestre em Educação Física pela UFJF (Área de concentração: Aspectos Socioculturais do Movimento Humano). Especialista em Exercício Físico Aplicado a Reabilitação Cardíaca e a Grupos Especiais pela Universidade Gama Filho. Possui Licenciatura Plena em Educação Física pela Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF. Líder do Núcleo Interprofissional de Estudos e Pesquisas em Imagem Corporal e Transtornos Alimentares (NICTA/UFJF/CNPq) e Membro do Núcleo de Estudos Educação Física, Corpo e Sociedade (NECOS/UFJF/CNPq). Professor efetivo do Curso de Bacharelado em Educação Física da UFJF (Campus Governador Valadares - UFJF-GV). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado) em Educação Física Associado UFJF-UFV (CAPES 5; Área de Concentração: Exercício e Esporte; Linha de Pesquisa: Estudos do esporte e suas manifestações). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (Mestrado) da UFJF-GV (Área de concentração: Biociências; Linha de Pesquisa: Avaliação. Promoção e Intervenção em Saúde). É membro da *Academy for Eating Disorders* e da equipe de pesquisa (NUPE-AMBULIM) do IPq-HCFMUSP (Eating Disorders Program). Atualmente, desenvolve pesquisas de adaptação/validação/criação de instrumentos de medida e ensaios clínicos randomizados em programas de prevenção em distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares e dismorfia muscular.

## O



## S



## T



# Imagem corporal, Transtorno alimentar e Dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2025



# Imagem corporal, Transtorno alimentar e Dismorfia muscular em homens cisgênero gays/bissexuais


www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2025